ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA

GIÀ COMPILATI

DAI DOTTORI

ANNIBALE OMODEI E CARLO—AMPELIO CALDERINI

CONTINUATI DAL DOTTORE

ROMOLO GRIFFINI.

ANNO 1858.

VOLUME CLXVI.

SERIE QUARTA. VOL. XXX.

Ottobre, Novembre e Dicembre 1858.

MILANO

PRESSO LA SOCIETA' PER LA PUBBLICAZIONE DEGLI ANNALI UNIVERSALI
DELLE SCIENZE E DELL' INDUSTRIA

Nella Galleria De-Cristoforis

1858.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Vol. CLXVI. — Fasc.° 496. — Ottobre 1858.

Sulle malattie interne dell'occhio; *saggio di clinica e d'iconografia ottalmoscopica del dottor* **ANTONIO QUAGLINO**, *medico primario della sala Ottalmica nell'ospedale Fate-bene-sorelle in Milano.* (*Continuazione della pag. 480 del Vol. CLXV, agosto e settembre 1858*).

Articolo 9.° — *Degli essudati retinici e degli esiti della retinite semplice.*

La flogosi della retina, sia dessa primitiva o diffusa da altre flogosi delle membrane circostanti, deve necessariamente arrecare un turbamento nella nutrizione della retina stessa e quindi un'alterazione nella trasparenza, nella spessezza e nella consistenza del di lei tessuto.

Quando la retinite tenne un decorso lento senza aggravarsi nei suoi progressi, la superficie della retina non presenta che una maggior saturazione di quel riflesso azzurrigno più sensibile lungo l'andamento dei vasi, che già notammo come carattere distintivo della incipiente retinite. Quel tenue e superficiale appannamento della retina, che ancor non impediva di scorgere la sottoposta coroidea, aumentandosi col progredire della malattia, viene ad assumere l'aspetto di un color grigio piombino o cinericcio, e fa talvolta apparire la retina come se fosse cospersa di finissima

polvere. In tal caso le arborizzazioni vascolari della coroidea non si possono più distinguere nemmeno se si tratti di soggetti a capelli biondi ed a pelle bianca, nei quali generalmente è assai scarso il pigmento coroideale. Codesto riflesso particolare della retina che fu investita da infiammazione si ritiene dagli ottalmoscopisti essere dovuto ad un essudato linfatico interstiziale tenuissimo, il quale si può benissimo rassomigliare a quello che intorbida la cornea nelle incipienti cheratiti, ovvero la lente cristallina nelle cataratte molli appena incominciate. Quando la malattia si mantiene entro questi limiti, il turbamento funzionale consiste nella sensazione di nebbia uniforme che ottenebra il campo visuale, la quale impedisce di distinguere i dettagli degli oggetti anche grossolani e poco distanti, e rende impossibile l'applicazione alla lettura ed al lavoro.

Se invece la retinite vestiva un carattere di maggiore acutezza, l'ottalmoscopo ci farà rilevare sulla superficie della retina delle macchie echimotiche (vedi Fig. V.ª) o dei veri essudati plastici più o meno considerevoli ed estesi a norma della maggiore o minore estensione occupata dal processo flogistico. Codesti essudati talvolta sono disposti a chiazze irregolari o ad isolette (V. Fig. VI.ª), talvolta a striscie od a punteggiature, e manifestano un colore bianco, o gialliccio, o verdognolo, od anche nerastro. — Essi inducendo un opacamento ed un ispessimento della porzione trasparente del nervo ottico e del tessuto retiniano, valgono a nascondere in totalità od in parte i disegni della papilla non che i vasi arteriosi, disposti nel perimetro di essa, ovvero nello spessore della retina, ed a determinare contemporaneamente un ingorgo passivo nelle vene coronarie. Tali fenomeni, che, come già notammo, incominciano ad appalesarsi in sul primo esordire della flogosi retinica, si fanno vieppiù pronunciati quando questa è già passata ad esiti, i quali non poterono risolversi nè per le risorse spontanee della natura, nè per l'efficacia degli argomenti terapeutici.

Ma un' altra circostanza vuol essere qui ripetuta, ed è che quando la *retinite* manifestò *un certo grado* di *acutezza* nella *sua origine* e fu tale da lasciar luogo alla formazione di *molteplici* od *estesi essudati plastici*, i risultati ottalmoscopici provano che il processo flogistico, anzichè limitarsi alla retina, influenzava altresì la coroidea. In simili casi diffatti oltre agli essudati retinici si osservano i risultati di parziali disorganizzazioni di quest'ultima membrana. Mentre cioè appare *assai intenso* il *rossore*, che emana dalla *rete vascolare della coroidea* alquanto pregna di sangue, si vedono quà e là degli *spazii irregolari bianco-lucenti, screziati* alla loro *periferia* o nel loro *centro* da *striscie* o *punteggiature rossiccie e nerastre* costituite da *grumetti sanguigni* o da *cumuli* di *pigmento*. E questi sono segni certi di parziali disorganizzazioni avvenute nella coroidea, per cui in corrispondenza di quelle rimase a nudo il tessuto della sclerotica, e si alterò la composizione e la disposizione delle cellule pigmentali. (Vedi osservaz. 15.ª).

Nelle retiniti che sono l'effetto di metastasi flebitiche o vajuolose, gli essudati ponno essere veramente purulenti, e presentare il colore del pus. In tali casi però non sempre si riesce a constatarli collo specchio, perocchè essendo quasi costantemente compromessi dall' affezione anche i mezzi trasparenti, la loro torbidezza impedisce spesso di riconoscere lo stato della retina.

Anche l'*atrofia dei vasi coronarii e della papilla ottica* (caratterizzata dal riflesso madre-perlaceo, dall' impiccolimento, e dalla convessità della di lei superficie, ovvero dal riflesso biancastro, dall'aumentata grandezza, e dall'appianamento della stessa), può essere talvolta risguardata come un esito, ossia come un effetto di *pregresse retiniti* o *retino-coroideiti*, che esercitarono un'azione disorganizzatrice sulle espansioni del nervo ottico e sui vasi che le accompagnavano.

Assai gravi sono i turbamenti della funzione visiva, al-

lorchè si verificarono estesi o molteplici trasudamenti linfatici o purulenti sulla superficie o nello spessore della retina. Allora cioè si ha abolita percezione di qualche tratto del campo visuale se gli essudati occupano una porzione limitata della retina. E quindi se interessano la regione della macula lutea, si osserva costantemente abolita la percezione della parte centrale del campo visivo; mentre quando oltre a coprire la macula lutea sono molteplici ed inegualmente sparsi su tutta la retina, non si ha più percezione distinta di alcun punto del campo visivo, ed i pazienti non distinguono che la luce dalle tenebre e le ombre degli oggetti grossolani. Lo stesso avviene quando, benchè pochi o limitati siano gli essudati retinici, si osservano invece nella coroidea parziali disorganizzazioni di tessuto. Imperocchè queste ultime indicano la compartecipazione sofferta dalla coroidea al processo flogistico ed il più profondo alteramento molecolare cui dovette per ciò subire la retina.

È quasi inutile dire che anche l'atrofia della papilla e dei vasi coronarii, quando si deve considerare qual' esitó della retinite o della retino-coroideite, trae seco necessariamente l'amaurosi pressochè completa.

Un altro esito o meglio una successione morbosa della retinite si è in alcuni *rari* casi la diffusione del processo flogistico verso l'estremità od il margine anteriore della retina che ravvolge il cristallino. Codesta diffusione può diventar causa di offuscamento periferico o totale del cristallino, ovvero anche di iritide, di sinechie posteriori, e di chiusura consecutiva della pupilla.

Cura. — Se qualche vantaggio si vuol ottenere dalla terapia procurando la risoluzione degli esiti della retinite, è necessario che la cura non venga intrapresa troppo tardi, non quando, cioè, gli essudati accumulandosi ed organizzandosi sulla retina ebbero campo di snaturare l'intima compage di essa: giacchè in tal caso, ove anche si riescisse ad

attivare l'assorbimento dei materiali morbosi, la retina, già troppo profondamente alterata nella sua tessitura, rimarrebbe sempre inetta a rispondere alla sua funzione fisiologica. Perciò, mentre riescirà assai difficile ottenere la risoluzione degli esiti già inveterati di una retinite lenta, pressochè inani diventeranno gli sforzi dell'arte allorchè si dovrà dirigere la cura sui prodotti di una retinite acuta, e ciò sia perchè gli effetti di una flogosi grave ben difficilmente si troveranno limitati alla sola retina, sia perchè un processo acuto d' infiammazione in una membrana esile e delicata, com'è quella, deve senza dubbio trar seco assai prontamente quel profondo dissesto molecolare di essa, contro cui nulla possono valere i mezzi dell'arte.

Ad ogni modo la base delle indicazioni terapeutiche, allorchè si avranno a curare gli esiti di una retinite, consisterà nell'impiego dei rimedii solventi e dei rivellenti, e da questi mezzi si dovranno attendere risultati più o meno vantaggiosi a seconda del grado e della durata della malattia.

Internamente si amministrerà il *calomelano* solo od associato alla digitale ed alla squilla, colla quale miscela si renderanno abbondanti le orine ed attivo l'assorbimento, e si procurerà una certa calma nella funzione cardiaco-vascolare, che assai spesso si riscontra turbata negli individui affetti da flogosi oculari. Nei soggetti linfatici o pastacei riescirà invece più opportuno l'uso dell'ioduro potassico. Quali mezzi coadiuvanti si applicheranno frizioni mercuriali od iodurate al sopracciglio, sole od avvalorate dagli estratti di cicuta o di belladonna, e si istilleranno colirii con soluzioni di sublimato o di ioduro potassico.

I vescicatorii volanti ripetuti ai contorni dell'orbita per molte settimane sono assai vantaggiosi, massime quando la malattia è di data piuttosto recente, ed ebbe origine reumatica. I vescicanti ed i cauterii applicati al processo mastoideo ed alla nuca, e mantenuti in suppurazione per al-

cuni mesi, quando la malattia ha una data alquanto remota, servono opportunamente a favorire l'assorbimento della materia essudata, ed a reintegrare alquanto la funzione visiva.

In fine, non si dovrà mai dimenticare di correggere coi rimedii meglio adattati o cogli specifici il principio sifilitico, l'erpetico, il gottoso, se il paziente ne fosse per avventura contaminato.

Osservazione 9.ª — *Ambliopia amaurotica da retinite con essudato plastico.* (Vedi Fig. VI.ª) — 3 Agosto 1857. — Barbara Agnelli, di Reggio, d'anni 26, di condizione civile, di temperamento sanguigno, ed a volto sempre acceso, soggetta da ragazza a ripetute angine, e mestruata assai abbondantemente, ebbe dopo il matrimonio sette parti, sei abortivi, ed uno a termine, che morì dopo pochi mesi di vita. Nello scorso anno, colpita da odontalgia al terzo molare superiore destro, fu sottoposta da un empirico all'azione di alcuni vapori diretti al dente cariato, i quali le produssero vivo dolore e forte lagrimazione. In seguito a tale operato ella si accorse che la vista dell'occhio destro era velata da una nebbia simile ad una tela di ragno, che occupava il centro del campo visuale: poco appresso vide dinanzi all'istesso occhio come una mosca fissa colle ali spiegate, ma quest'ultima sensazione svanì presto; costantemente invece, se apriva gli occhi di notte in mezzo al buio, vedea (sempre coll'occhio destro) come una striscia di fuoco passarle rapidamente d'innanzi; oltre a tutto ciò poi ella avversava molto la luce ed i riflessi, non potea menomamente occuparsi nella lettura, poichè coll'occhio destro vedea le parole velate o mozze e col sinistro non potea fissarle più di qualche minuto senza che le si confondessero le lettere.

Stato presente. — Attualmente ha coperto il centro del campo visuale dell'occhio destro come da una tela di ragno, ed oltre a ciò, se chiude l'occhio sinistro, discerne assai poco gli oggetti posti alla sua destra, mentre distingue discretamente quelli situati alla sua sinistra, e tenendo un libro in questa direzione riconosce i caratteri più grandi, ma non può leggerli continuatamente senza soffrire le molestie della copiopia. Ha copiopia anche per l'occhio sinistro, e nel destro ha un senso come di peso e di gonfiezza che

si aumenta verso sera. Applicatasi l'atropina nell'occhio destro onde ispezionarne più facilmente il fondo si otteneva completa midriasi, e l'ammalata accusava maggior offuscamento di vista.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — (Vedi Fig. VI.^{a}). Mezzi trasparenti normali. — La *papilla* appare *circondata* da un' *areola circolare gialliccia* (*essudato sopraretiniano*). All' interno di quest' area se ne osservano *altre due concentriche*, circolari, ed a *fondo* parimenti *gialliccio*, demarcate da *finissimi punti nerognoli. L'anello intermedio*, rappresentante la periferia della papilla, nella sua parte superiore ed esterna *si apre* e si continua in una *larga striscia*, *simile* ad una coda di *cometa*, pel tratto di tre o quattro linee, terminando in un altro *circolo gialliccio* della grandezza di una papilla. I *vasi coronarii non compaiono* alla vista *che alla periferia della papilla*, e da questo punto fino alla loro origine sono perfettamente invisibili, perchè *ricoperti dall'essudato*, il quale *riveste la parte trasparente del nervo ottico* (disco centrale della papilla), e si prolunga per un certo tratto sulla *porzione esterna della retina coprendo* anche qui i *rami vascolari*; — il *restante* di questa parte di *retina* dà un *riflesso* alquanto *azzurrognolo* — la metà interna di essa, invece, appare trasparente e lascia distinguere i sottoposti vasi coroideali. — I *vasi coronarii* sono dappertutto *sottili*, e le vene non si possono distinguere dalle arterie se non che sulla metà interna della superficie retinica.

Occhio sinistro. — La *papilla* presentasi alquanto *rossiccia*, nella sua *zona nervea* — le *arterie* coronarie sono assai *molteplici*, le *vene* e specialmente le *inferiori* piuttosto *turgide*.

Paralello tra i sintomi funzionali e i segni ottalmoscopici. — L' alterazione principale riscontrata collo specchio è costituita da un essudato linfatico di colore gialliccio, il quale ricopre in totalità la papilla e si prolunga sulla retina in una larga zona diretta obliquamente all'esterno ed in alto. Il riflesso azzurrognolo, che emana dal restante della metà esterna di quella, dipende pur esso da un essudato più tenue che la tiene infiltrata; mentre la piccolezza dei vasi, il loro parziale coprimento, e l' impossibilità a distinguere in essi le arterie dalle vene sono tutte condizioni secondarie subordinate alla presenza degli essudati sulla papilla e sulla retina. Questi poi devono ritenersi quali prodotti di una *re-*

tinite, risvegliatasi assai probabilmente nell' attuale soggetto per un' irritazione simpatica provocata dallo eccitamento che i vapori irritanti esercitarono sui filamenti del quinto denudati nella cavità del molare cariato.

E infatti lo sviluppo di detto processo morboso nell'occhio destro, sùbito dopo le fumigazioni dirette sul dente dell' istesso lato, venne contrassegnato dall' intenso dolore al bulbo, dalla lagrimazione, dal forte annebbiamento di vista, che occupava il centro del campo visuale, e più tardi dalla mosca nera, e dalla sensazione di una striscia luminosa che appariva nell' oscurità.

Ora, siccome l'essudato occupava il centro della papilla ed una porzione della metà interna della retina (sebbene il capovolgimento dell' immagine lo facesse apparire sul lato esterno), così si spiega benissimo perchè il centro del campo visuale dell'occhio destro fosse offuscato come da una tela di ragno, e perchè le impressioni che pervenivano alla parte interna della retina non inducessero se non imperfette percezioni degli oggetti, mentre quelle che ferivano la di lei porzione esterna, esente da alterazioni visibili, valevano a provocare sensazioni abbastanza precise.

Cura. — Le condizioni generali della paziente erano buone, ma pure essa presentavasi alquanto accesa in volto ed avvertiva un molesto senso di gravezza di capo, i quali segni, uniti alle condizioni in cui trovavasi la papilla e la retina dell' occhio sinistro affetto da copiopia, davano indizio di un certo grado d' iperemia capitale. Perciò, prima di ricorrere all'uso dei solventi, che erano indicati dalla natura delle alterazioni patologiche riscontrate nella retina dell' occhio destro, si prescrisse un sanguisugio all' ano, i pediluvii, e l' uso di qualche ecoprotico.

L' ammalata non ricomparve più al dispensario.

Articolo 10.° — *Sull' amaurosi albuminurica degli autori e sulla retinite albuminurica degli ottalmoscopisti.*

Dacchè i progressi della chimica organica insegnarono che alcune fra le principali discrasie verificabili nel sangue vengono espresse da una alterazione speciale nella composizione delle orine, le quali altro non sono che un prodotto

escretizio del sangue stesso, buona parte dei patologi, convinti dell' influenza etiologica delle discrasie sanguigne sulla genesi di molte malattie, proclamarono la necessità di analizzare chimicamente le orine, massime nei casi morbosi di oscuro e difficile diagnostico. E fu appunto dietro questo studio analitico delle orine che si scoperse come l' albuminuria, la glucosuria, l' ippuria, la benzuria, l' oxaluria, ecc., sieno accompagnate da una serie più o meno costante di fenomeni morbosi caratteristici.

Tale scoperta interessò i pratici ad investigare quali fossero le cause organiche capaci di indurre dette alterazioni nelle orine, e quali gli effetti nocivi prodotti da esse sugli organi e sulle funzioni del corpo umano. Ma fin qui solamente sulla genesi dell'*albuminuria* si ebbe qualche luce, benchè anche su tale questione sianvi tuttora molti punti di contestazione.

Il *Bright* dimostrò che nei casi più gravi l'albuminuria è *legata quasi sempre* ad un' *alterazione progressiva dei reni*, che si convenne di chiamare *nefrite di Bright.* Più tardi si riconobbe che rare volte codesta speciale malattia dei reni si sviluppa primitivamente, ma che più spesso essa è secondaria conseguenza di quelle particolari modificazioni dei visceri centrali, che sono atte a portare un inceppamento meccanico ed una remora nel circolo del sangue venoso, quali sono le malattie del cuore o del fegato e la gravidanza.

Ora fra gli effetti nocivi che si attribuirono all' albuminuria, si è pure annoverato un *considerevole indebolimento della facoltà visiva.*

Landouzy fu il primo a fissare l' attenzione su questo fatto avvertito già dall' *Addison.* Ma egli ebbe torto di avanzare nella relazione communicata all' Accademia delle scienze in Parigi (8 ottobre 1849), che l'*ambliopia* si dovesse considerare come un fenomeno iniziale, il quale precede quasi costantemente tutti gli altri accidenti dell' *albuminuria*, e

si tiene sempre in diretta relazione col comparire e scomparire del precipitato albuminoso nelle orine. Infatti le osservazioni dei dottori *Cruveilhier*, *Honoré*, *Michel Levy*, *Martin Solon*, posteriori alla nota del *Landouzy*, hanno dimostrato che l' ambliopia o l'amaurosi non doveano essere riguardate che come una complicazione eccezionale della presenza d'albumina nelle orine. Il dott. *Marchal*, capo della clinica del prof. *Fouquier* nell'ospedale della Carità in Parigi, annunzia che nei numerosi casi di albuminuria da lui riscontrati, non constatò giammai la presenza di un turbamento visivo qualunque. *Bright* e *Barlow* in 37 casi di *albuminuria* rimarcarono l' ambliopia solamente 4 volte; *Frerichs* la notò 10 volte sopra 78 albuminurici; e *Blodig* durante i 5 anni, nei quali frequentò la clinica oculistica di Vienna, in tre ammalati soltanto ebbe ad osservare siffatta combinazione dell'amaurosi coll'albuminuria.

Con tutto ciò sta sempre il fatto, che alcune volte all'albuminuria si associa l' ambliopia o l' amaurosi, e che in tal caso queste seguono l'andamento di quella, progredendo, scemando o cessando con essa. Così viene giustificato il giudizio degli autori d'ottalmologia, che distinsero una forma speciale di alterazione visiva col nome di ambliopia o di amaurosi albuminurica. Più innanzi vedremo come le osservazioni ottalmoscopiche sanzionino tale distinzione, rivelando talvolta alterazioni speciali e caratteristiche sulla retina degli affetti da ambliopia o da amaurosi albuminurica (1).

---

(1) Anche la *presenza* dello *zucchero* nelle *orine* (*glucosuria*) si osservò essere qualche volta accompagnata da uno stato di debolezza di vista analogo a quello degli albnminurici. — Ma l'ambliopia nei diabetici comincia in uno stadio assai avanzato della malattia e sembra piuttosto l'effetto di una grave prostrazione generale del sistema nervoso, anzichè di alterazioni materiali della

L'abuso dei liquori alcoolici, i rapporti sessuali prematuri, il soggiornare o lavorare in luoghi umidi o freddi, la

---

retina. *Desmarres* però assicura di avere riscontrato in *quattro* casi di ambliopia, sviluppatasi in pazienti affetti da *diabete*, le stesse alterazioni che si riscontrano nella retina degli albuminurici. Egli tuttavia domanda a sè stesso se il diabete non potea essere stato preceduto in quegli individui dalla albuminuria. — Nei diabetici è assai più frequente l'opacamento del cristallino, la cui sostanza in simili ammalati si scioglie e si converte in una vera cataratta fluida.

Si notarono ancora altre composizioni anormali delle orine come causa di ambliopia. Tali affezioni sono: 1.° l'*ippuria*, malattia nella quale, secondo *Bouchardat*, la quantità di urea è assai diminuita, mentre che si trova una quantità notevole d'*acido ippurico*, ed una piccola quantità di albumina; 2.° la *benzuria*, nella quale l'orina poco colorata, poco odorosa e tenue assai di densità, contiene dell'*acido benzoico*; 3.° l'*ossaluria*, che consiste in un'anormale prevalenza d'acido ossalico nelle orine. — Quest'ultima fu osservata coincidere coll'ambliopia dal dott. *Frike* di Baltimora, dal dott. *Bird*, ed in un caso anche dal *Bouchardat*; la stessa coincidenza per rapporto alle altre due fu constatata finora dal solo *Bouchardat*.

Le indagini ottalmoscopiche non portarono fin qui alcun schiarimento sulla natura delle alterazioni che potessero per avventura aver luogo sotto l'influenza delle or nominate alterazioni, che i moderni chimici rintracciarono nelle orine. E perciò sarà sempre opportuna un'accurata analisi delle orine, sia nei casi in cui non si vedono condizioni locali atte a spiegare il deperimento della vista, come anche nei casi in cui, esistendo nel fondo dell'occhio alterazioni sufficienti a spiegare un'affezione visiva, manchino invece nel soggetto quelle precedenze morbose e quelle anormalità dei visceri e dei sistemi organici che per lo più sono il movente primitivo dei processi morbosi intraoculari. Questo nuovo campo di osservazioni si può dire ancor vergine e merita una seria attenzione dei pratici.

Sarebbe inutile richiamare qui il modo di constatare se esista

nutrizione insufficiente e le fatiche eccessive sono le cause remote, alle quali il *Landouzy* attribuisce lo sviluppo dell'albuminuria e dell'ambliopia che talora le si associa.

Sintomi funzionali. — L'ambliopia e l'amaurosi albuminurica, a guisa dell'eclampsia, delle convulsioni e del coma, che spesso la precedono, la accompagnano o la susseguono, si manifesta per lo più insensibilmente per un lento e quasi inavvertito abbassamento della facoltà visiva, che qualche volta si associa alla vista di scintille e di mosche volanti e, talvolta, alla presenza di una nebbia più o meno folta, che

---

o meno l'albumina nelle orine, giacchè esso, oltrecchè a tutti noto, è alquanto semplice e dà costantemente i medesimi risultati.

Non si può dire, invece, lo stesso circa il metodo di scoprire nelle orine lo zucchero, mentre non pochi fra i processi insegnati dai chimici a tale intento si videro più volte somministrare risultamenti contrarii od equivoci. Non sarà quindi inopportuno rammentare che il *Figuier* adottò non ha guari un metodo, dal quale risulta che, ogni volta si vorrà scoprire l'esistenza dello zucchero nelle orine, si avranno nei liquidi cupro-potassici e nella potassa caustica due eccellenti reattivi, purchè si tratti previamente l'orina coll'acetato di piombo solido e col solfato di soda; dalla doppia reazione dei quali si intratterranno tutte le materie acide od organiche, che potrebbero da sè sole determinare un cambiamento nei liquidi cupro-potassici, od imbrunire la potassa.

Il metodo del *Figuier*, che a noi pure corrispose in molte circostanze a preferenza di ogni altro, è il seguente: — « Si prendono 15 grammi di orina e si trattano con 1 grammo di acetato di piombo solido; si scalda la miscela ottenendosi un precipitato bianco, si filtra, e quindi le si aggiungon due grammi di solfato di soda; si scalda questa seconda miscela e di nuovo si filtra, ottenendosi un liquido chiaro trasparente ». — Ora questo liquido non riduce i reattivi cupro-potassici e non imbrunisce la potassa se non allora quando contiene zuccaro. Se vi ha albumina essa viene coagulata dall'acetato di piombo.

circonda gli oggetti circostanti e che va di tempo in tempo facendosi più densa.

Quest' offuscamento di vista può crescere fino al punto da portare una cecità quasi completa nel periodo di alcune settimane ed anche di pochi giorni. Rare volte però i pazienti diventano affatto insensibili alla luce ed alla vista delle ombre o di qualche oggetto grossolano, e talora verso sera discernono ancora abbastanza bene le persone. — La donna di cui si parla nell' osservazione n.° 13 aveva una palese *emiopia*. — La cecità, quantunque costante, permette loro dei lucidi ma brevi intervalli, durante i quali essi percepiscono realmente gli oggetti che pochi momenti dopo non sono più capaci di rilevare.

L' amaurosi talvolta sviluppasi negli albuminurici in poche ore e senza manifestazione di fenomeni precursori. Tale istantaneità della malattia si rimarca per lo più nelle femmine gravide ed anassarcatiche da molto tempo prima del parto o durante il travaglio stesso; molte volte precede le convulsioni eclamptiche, che si continuano fino all' espulsione del feto. Io ho osservato in tre casi l'amaurosi verso l' 8.° mese di gravidanza in donne anassarcatiche che presentavano il fenomeno dell' albuminuria. La prima volta trattavasi di una primipara, la quale divenne amaurotica e poscia cadde nel coma, che più volte nella giornata era interrotto dalle convulsioni eclamptiche. — Sgravatasi di un feto, morto già da qualche tempo, si risvegliò dal coma e ricuperò in pochi giorni la vista; le convulsioni eclamptiche si ripeterono ancora qualche volta, e finalmente cessarono. La seconda era pure una primipara anassarcatica, la quale divenuta amaurotica al cominciare del travaglio di parto, pochi giorni dopo essersi sgravata di due gemelli ben nutriti e forti riacquistò la vista in seguito ad alcuni salassi, che lo stato congestivo cerebrale costrinse a praticare. La terza forma soggetto dell'osservazione n.° 13; costei divenuta anassarcatica circa al 7.° mese della prima gravidanza partorì verso l' ottavo mese un

feto morto, e il dì seguente perdette la vista, che non ricuperò se non dopo 5 mesi. — Vedremo a suo luogo che cosa avvenne di lei quando un attacco di simil genere le si ripetè durante la quarta gravidanza.

Il perfetto ristabilirsi della vista in simili casi e l'associarsi quasi sempre l'amaurosi all'eclampsia fa supporre che la condizione patogenetica della cecità non consista in altro che in una semplice congestione cerebrale, od in un'effusione sierosa nei ventricoli.

La manifestazione della cecità nei soggetti albuminurici non è accompagnata da dolori nè al capo, nè ai bulbi, tranne nei casi in cui avvi complicazione di flogosi delle meningi o di versamento sieroso nei ventricoli del cervello, come nell'osservazione n.° 13.

La vista negli albuminurici ordinariamente migliora, se la quantità d'albumina diminuisce nelle orine, il quale cangiamento è per lo più indizio di una diminuzione dell'iperemia o della flogosi renale.

L'occhio dei pazienti affetti da ambliopia o da amaurosi albuminurica non presenta quasi mai nei primordii della malattia alcun sensibile cangiamento in fuori di una certa dilatazione della pupilla, la quale conservasi per altro abbastanza sensibile alla luce. A malattia avanzata cresce la midriasi, la pupilla si fa immobile, e comprimendo col dito i bulbi non si risvegliano che imperfetti i fosfeni, i quali infine vengono a mancare del tutto.

Segni ottalmoscopici. — Le alterazioni che in questi casi si possono riscontrare nella retina per mezzo dello specchio, quando i perturbamenti della vista esistono già da qualche tempo, sono così pronunziate e caratteristiche da rendere, dice *Desmarres*, di un interesse quasi secondario l'esame delle orine.

E noi pure ebbimo occasione, come diremo più avanti, di veder confermata questa sentenza dell'illustre ottalmologo francese.

Ella è però una fatalità che codeste particolari alterazioni non siano costanti, e che anzi, spesso, o non si riscontrino, o sieno sì leggiere e poco significanti da non corrispondere alla gravezza delle alterazioni funzionali.

Può darsi che quando la malattia è nei suoi primordii e le alterazioni retiniche sono ancora nel loro esordire, lo specchio non arrivi a metterle in evidenza; e forse la ragione sufficiente dell' amaurosi sta allora nelle alterazioni che si ordiscono nel cervello e nelle meningi, e specialmente nelle congestioni o negli infiltramenti sierosi dei ventricoli, o nell'edema della sostanza cerebrale. Ad appoggiare tale supposizione potrebbe valere il caso della amaurotica che è il soggetto della osservazione 13.ª In quella, diffatti, durante i ripetuti esami ottalmoscopici, che le facemmo nei primi giorni dopo la manifestazione dell'amaurosi, non potemmo trovare nella retina alterazioni sufficienti a spiegare la già gravissima lesione della facoltà visiva, e perciò ne dovemmo attribuire la causa prossima ad un turbamento cerebrale congestivo od infiammatorio, mentre invece quando essa venne a morte, dopo averci messo per qualche mese nell'impossibilità di nuovamente esaminarla coll'ottalmoscopo, noi riscontrammo nelle sue retine alterazioni molteplici e caratteristiche, che bastavano per sè sole a spiegare l'amaurosi, resasi completa soltanto negli ultimi giorni di vita di quella infelice.

Del resto però non è meraviglia che come non tutti ma pochi fra i soggetti albuminurici divengono amaurotici, così anche fra questi pochi ve ne siano taluni che presentano alterazioni speciali sulla retina, ed altri che non ne offrano alcuna almeno visibile.

Le alterazioni proprie dell' amaurosi albuminurica sono quelle stesse che *Coccius*, *Liebreich*, *Heymann* ed altri autori notarono come caratteristiche della degenerazione adiposa della retina. *Heymann* di Dresda potè confermare codesta natura di esse anche coll'autopsia.

La retina presenta, in vicinanza alla papilla, delle macchiette rosse per lo più fusiformi, disseminate con una certa regolarità a guisa di ventaglio (*Desmarres*), della grandezza apparente di 1 a 2 millimetri all'incirca di diametro. Queste macchie rosse, caratteristiche dell'emorragia od apoplessia della retina, che talora si verificano anche nella semplice retinite, non sono però costanti.

A lato di esse, e talvolta indipendentemente da esse, se ne riscontrano altre, a livello dei vasi, di color giallo-biancastro, a bordi irregolari, la cui grandezza varia dalla più fina punteggiatura fino al diametro di parecchie linee. Il loro colorito particolare affatto eguale a quello dell'adipe le fa distinguere dalle chiazze biancolucenti formate dalla sclerotica quando è denudata per atrofie parziali del pigmento e del tessuto coroideale. Queste macchie gialle allorchè datano da molto tempo acquistano una sempre maggiore estensione a spesa, diremo così, delle macchie rosse che lor stanno vicine, le quali invece vanno a poco a poco scomparendo. Nel tempo stesso i vasi della retina sono accompagnati da striscie bianche trasparenti, e la retina assume, secondo *Desmarres*, l'aspetto caratteristico dell'edema (1) con infiltrazione della papilla

---

(1) Se dobbiamo credere all'illustre *Desmarres*, l'edema della retina sarebbe un'alterazione frequentissima e facile a rilevarsi collo specchio. Effetto di perturbamenti circolatorii nei vasi della retina, corrisponderebbe alla chemosi sierosa per turbata circolazione della congiuntiva. I caratteri ottalmoscopici dell'edema retinico sarebbero, secondo il prelodato Autore, il pallore del fondo oculare associato ad un riflesso giallo chiaro della retina, al contorno della papilla, la quale si manifesta rialzata, come si rileva dalla convessità che presentano i vasi coronarii.

L'*edema della retina* fu osservato dallo stesso Autore nell'*iperemia della retina*, nella *congestione coroideale*, nelle *congiuntiviti catarrali* appena un pò *intense*, nelle *ambliopie oculari* da causa *sifilitica*.

Pare tuttavia che gli altri ottalmologi non l'abbiamo osservato colla stessa frequenza, o non convengano pienamente colle idee dì *Desmarres* nel dare a quest' apparenza il significato dell'*edema*.

che noi pure crediamo avere riscontrato nella donna dell'osservazione N.° 13.

La papilla appare, come nelle apoplessie della retina, rossa, radiata, a contorni indeterminati o non percettibili, le arterie sono assai esili e in parte mascherate per alcuni tratti, le vene assai turgide, attorcigliate, rigonfie irregolarmente.

Qualche volta furono riscontrati anche nel vitreo, intorbidamenti granulari o membranosi, fluttuanti o solidamente fissi.

Le emorragie e le macchie gialle secondo gli autori coincidono quasi sempre con una malattia di cuore, o dei reni, ma in coloro che sono affetti dalla nefrite albuminosa le dette alterazioni tendono continuamente ad un progressivo sviluppo.

Quando ha luogo la guarigione, cosa che succede assai di raro, le emorragie e le macchie gialle scompajono, la papilla ed i vasi ricuperano il loro stato normale.

Questioni sulla causa dell' albuminuria e dell' amaurosi albuminurica.

L'amaurosi albuminurica venne anche chiamata col nome di *uroemica*, perchè il sangue degli albuminurici è sempre sopraccaricato dei principii costituenti l'orina. Siccome però la presenza dell'urea nel sangue non basterebbe a dare la spiegazione dei fenomeni che accompagnano l'albuminuria (vomito, convulsioni, eclampsia, coma, ecc.), i chimici ritengono che il detto principio entrando nel sangue si commuti in carbonato d'ammoniaca, e così diventi causa di un avvelenamento spontaneo dell'organismo.

Fin dove siano ammissibili questi responsi della chimica nella patogenia dei fenomeni che si osservano in questa malattia, noi qui non vogliamo mettere in disputa; enunciamo anche coteste opinioni siccome ammesse da una pluralità di medici, aspettando dalla scienza spiegazioni più convincenti. Non possiamo a meno però di riflettere per quan-

to risguarda la lesione visiva, che, se le alterazioni che si riscontrano talora nella retina come causa di amaurosi nei soggetti albuminurici fossero un effetto dell' avvelenamento uroemico o della presenza nel sangue del carbonato d'ammoniaca ingeneratosi dai principii urinosi, dette alterazioni dovrebbero verificarsi o in tutti o almeno nella più parte dei casi di albuminuria, mentre le cose avvengono affatto diversamente.

Del resto non si posseggono nemmeno fatti sufficienti per decidere se la presenza dell'albumina sia un effetto costante di quella particolare alterazione del rene che si chiama *nefrite* di *Bright*, o se piuttosto la *nefrite albuminosa* sia una espressione di generale discrasia albuminosa ed una conseguenza di questa.

Ancelon, *Blot*, *Deval* ed altri lamentavano di vedere tanto spesso impiegata la parola *albuminuria* come sinonimo di *nefrite albuminosa*, di *malattia* di *Bright*, errore di linguaggio, com'essi dicevano, che ha il grave inconveniente di perpetuare delle idee erronee. L' albuminuria infatti è spesso un semplice accidente secondario che accompagna talora la gravidanza, o sussegue a diverse malattie acute o croniche, quali sono le febbri eruttive, la scarlattina specialmente nel suo periodo di desquammazione, le malattie del fegato, del cuore e dei grossi vasi. Tutte queste condizioni per altro sono valevoli a determinare una congestione meccanica nei reni, la quale può diventare una vera flogosi quando non cessino di agire le cause organiche che l'hanno preparata. *Christison* e *Frericks* ammettono che la malattia dei reni è quasi sempre secondaria a quella del cuore. Con ciò tuttavia non si viene ad escludere che la presenza dell' albumina nelle orine non denoti quando è temporanea una semplice congestione dei reni, e quando è duratura, una vera infiammazione di essi, cioè la nefrite di *Bright*.

Il *Frericks* poi ritiene altresì cause capaci di determi-

nare l'albuminuria tutte quelle affezioni, le quali per la loro lunga durata possono indurre considerevoli alterazioni nella crasi del sangue, quali sono per esempio la suppurazione scrofolosa, la carie, la necrosi delle ossa, forse anche la sifilide costituzionale inveterata, e la cachessia mercuriale.

Ora si domanda se a produrre l' *amaurosi* basti la sola *discrasia albuminurica*, o se sia indispensabile la presenza della *nefrite*.

L' alterazione caratteristica del rene più o meno avanzata noi l'abbiamo riscontrata in tutte le autossie che ebbimo l'opportunità di praticare, come si vedrà nelle osservazioni più avanti registrate.

Ma siccome l' amaurosi è piuttosto rara nei casi di albuminuria, è forza credere che a produrla non bastino la sola discrasia albuminurica o la malattia renale, ma si esigano elementi morbosi speciali, che forse non si verificano insieme uniti nella pluralità dei casi di albuminuria.

Pare a noi che le condizioni generali che presiedono allo sviluppo dell' amaurosi e delle alterazioni che la caratterizzano nel tessuto della retina siano lo stato idroemico del sangue, che tien dietro alle perdite profuse di albumina, e quelle particolari modificazioni dei visceri centrali, che sono atte a portare un inceppamento meccanico, ed una remora nel circolo del sangue venoso, quali sono le malattie del cuore o del fegato e la gravidanza, che come abbiamo notato, coincidono sovente colla presenza dell' albuminuria, e sono spesso causa di congestioni renali e quindi di nefrite. Infatti le emorragie della retina e la conseguente degenerazione adiposa di essa possono, come è ammesso dai recenti osservatori, avvenire colle identiche apparenze anche nei soggetti che sono affetti da vizio precordiale, senza che vi concorra la diatesi albuminurica.

L' alterazione della retina che è causa di amaurosi sarebbe per conseguenza l' effetto di una congestione passiva

che si ordì sotto il rallentamento delle circolazione venosa e di uno stravenamento del fluido sanguigno, reso facile dalla acquosità di esso dovuta alle continue perdite di albumina.

L'anemia e l'idroemia, come l'esperienza insegna, possono infatti essere cagione di emorragie passive e di echimosi anche in casi in cui la circolazione è ancora normale e libera. Nel *morbus maculosus* di *Werlhoff*, e nell'*esantema petecchiale*, sotto l'influenza dei quali il sangue subisce un processo dissolutivo con notevole diminuzione di globuli ed attenuamento della sua crasi, possono aver luogo echimosi non solo int utta la superficie cutanea, ma anche sulle membrane sierose e mucose, e sulla retina stessa, fatto, che venne più volte da noi riscontrato nel cadavere. In conferma di ciò poi dobbiamo far osservare che l'amaurosi per lo più si manifesta quando la cachessia albuminurica ha tocco uno stadio assai inoltrato, e quando sono già radicate quelle stasi passive che determinano le convulsioni ed il coma.

I casi però da noi osservati ci dimostrano che talvolta può vsilupparsi anche una *vera retinite emorragico-essudativa* sotto l'influenza dei disordini viscerali che accompagnano l'*albuminuria,* e gli *essudati granulosi* di *natura flogistica,* che riscontrammo nell'autopsia, controllandoli per mezzo del microscopio, sembrano giustificare sufficientemente codesta asserzione. — (Vedi Osserv. 12.ª e 13.ª).

Anche il dott. *Turk* coll'autopsia di un soggetto morto per *albuminuria* con *amaurosi* trovò nella parte posteriore di ambo le retine numerose cellule granulose che *Henoch* considerava come il prodotto di un essudato flogistico.

Concluderemo quindi coll'ammettere che l'*amaurosi albuminurica* può essere effetto di *congestione passiva della retina (nei casi di albuminuria delle gravide subordinata a semplice iperemia renale*), di *emorragia* e *consecutiva degenerazione adiposa parziale* della *retina*, e talvolta di una

vera *retinite* con *essudati plastici* (*nei casi di albuminuria da nefrite primitiva* o *secondaria a viziature del cuore* o ad *affezioni del fegato).*

Nei casi poi in cui le accennate alterazioni non si riscontrino nell'occhio, la causa della *cecità* dovrassi ricercare nelle lesioni dei centri nervosi, e allora pare ch' essa debbasi attribuire alle *congestioni*, all'*edema* della *polpa cerebrale* ed alle *effusioni sierose* avvenute nei *ventricoli laterali*, sotto l'influenza delle notate condizioni generali.

Pronostico e cura. — Premesse queste poche nozioni sulla genesi dell'*amaurosi* che si riscontra talvolta nei soggetti *albuminurici*, passeremo a dire qualche parola sul pronostico che di essa può darsi, e sulla cura che meglio le si conviene.

Gli autori d'ottalmologia scrivendo su questa malattia si occuparono finora piuttosto del diagnostico che della cura.

Ora noi considerando come le mutazioni patologiche che avvengono nell'occhio di alcuni affetti da albuminuria, tengansi in istretto rapporto collo stato morboso generale e coll'alterazione dei reni, possiamo prima di tutto avanzare che la cura più conveniente alla condizione anormale dell' organismo ed al grado dell'affezione renale sarà pure la più opportuna contro l'*amaurosi* che ne è una espressione.

Ma allorchè si riscontrano, per mezzo dello specchio, alterazioni particolari sulla retina, queste potranno somministrare indicazioni speciali e segnare all'oculista una via razionale di cura, che coi soli sintomi funzionali non si sarebbe potuto rettamente stabilire.

Quando l'*albuminuria* è *recente* e dipende da uno *stato* puramente *congestivo* del rene, determinatosi repentinamente per l'azione del freddo, o per retropulsione della scarlattina, ovvero lentamente per un ostacolo insorto al libero corso del sangue, come nei casi di gravidanza, oppure di infarti epatici o splenici, il pronostico sarà piuttosto felice. Perocchè potendosi facilmente togliere o sminuire l'effica-

cia di dette cause, l'affezione renale e l'albuminuria dovranno necessariamente dissiparsi. In questi casi diffatti scomparirà facilmente l'ambliopia o l'amaurosi, ove siano un puro effetto di stasi nel sistema venoso della retina, o di retinite incipiente.

Se poi l' albuminuria è l' espressione di una cachessia generale settica od idroemica ovvero di un disordine organico del cuore o dei visceri addominali, e se l'alterazione del rene ha già tocco uno stadio così avanzato da far supporre già disorganizzata l'intima tessitura di quel viscere, il pronostico diventa necessariamente infausto, ed ogni cura riesce per lo più infruttuosa a correggere lo stato generale.

L'*amaurosi*, che in questo ultimo caso è per lo più cagionata da *retinite grave* con *essudati plastici*, o da *emorragie* e *consecutiva degenerazione adiposa della retina*, oppure da *edema* della *polpa cerebrale* e da *effusioni sierose* nei *ventricoli* del *cervello*, riesce quasi sempre insanabile, e tutt'al più presenta ad intervalli alternative di miglioramento di breve durata, cui ben tosto sussegue un nuovo peggioramento, favorito dalla persistenza delle condizioni morbose generali. Per tal modo l'amaurosi conclamata continua per lo più costante, al pari delle convulsioni e del coma, sotto al quale ordinariamente soccombono i pazienti.

Nella cura di queste amaurosi si avrà di mira:

1.° Di togliere lo stato congestivo del cervello e dei tessuti oculari, sotto cui si generano la retinite o le emorragie della retina, schivando però sempre le deplezioni sanguigne troppo ripetute o soverchiamente abbondanti.

2.° Di correggere lo stato idroemico del sangue che è una delle precipue condizioni che favoriscono lo stravenamento dei globuli e dello siero dai capillari.

3.° Di togliere o modificare quelle particolari alterazioni viscerali che contribuiscono a produrre e mantenere le congestioni e la nefrite albuminosa (ipertrofia di cuore, infarti dei visceri addominali).

4.° Di promuovere l' assorbimento degli stravenamenti sierosi, cruorici, plastici od adiposi, che esistono nella retina a perturbarne la funzione fisiologica.

5.° Di risvegliare l'attività nervosa della retina, intorpidita dal processo morboso e dagli essudati, che ne compressero le fibre.

Se, pertanto, l' amaurosi con albuminuria si verifica in donne gestanti od in soggetti robusti che abusarono di bevande stimolanti, ovvero si manifesta in seguito all' azione del freddo od alla retropulsione di un esantema, s' intraprenderà la cura con metodo antiflogistico, vale a dire con moderate evacuazioni sanguigne, coi drastici, coi revellenti, ecc.

Se invece si manifesta in pazienti estenuati, idroemici, ammalati da lungo tempo, nei quali si sospetta già avanzata la alterazione del rene, le evacuazioni sanguigne riescono palesemente dannose, e sarà invece conveniente ricorrere agli acidi minerali (1) ed ai tonici.

---

(1) Il sig. dott. *F. Ponti* in un caso di *amaurosi albuminurica* da lui pubblicato negli Annali di oculistica di *Cunier* (1857), trovò *efficacissimo* a *vincere* la *malattia* l'uso dell'*acido nitrico* continuato per 40 *giorni*. Sotto l'azione di questo rimedio scomparve l'albumina dalle orine e la paziente ricuperò la vista. Anche *Landouzy* in un caso di *albuminuria* con *ambliopia amaurotica* assicura di aver ottenuto la *guarigione* dell' *una* e dell'*altra* per mezzo della limonata azotica. (Annali d'oculistica di *Cunier* — 1851).

Probabilmente però in ambedue quei casi trattavasi di *albuminuria acuta* cagionata *dal freddo umido*, e l'*affezione* dei *reni* era una semplice *congestione* od una *leggera nefrite*.

Ad ogni modo l' efficacia dell' acido nitrico, riconosciuta dai citati ottalmologi in casi in cui la malattia era di data recente, merita una seria attenzione dei pratici, e sarebbe desiderabile che gli esperimenti fossero ripetuti, onde poter precisare se ad esso veramente sia dovuta la scomparsa dell' albumina nelle orine, e se ed in quali fra i casi cronici di albuminuria si mani-

In uno fra i casi da noi osservati abbiamo potuto convincerci, che i preparati ferruginosi associati al solfato di chinina ed agli amari sono opportunissimi, sia per correggere lo stato generale, come per modificare le condizioni della retina e della funzione a lei propria. Questi si associeranno ad una dieta nutriente moderata e ad un' aria pura asciutta ed elastica, circostanza sempre necessaria allorchè si vuol riordinare la nutrizione in qualsiasi modo alterata.

L'assorbimento delle emorragie e degli essudati plastici od adiposi si favorirà, per mezzo delle frizioni iodurate praticate al sopracciglio, e coi colirii d'ioduro potassico, e contemporaneamente coi vescicatorj volanti applicati alle tempia, ai processi mastoidei, alla nuca.

Ottenuto quest' ultimo intento, si cercherà di riattivare l' efficienza nervosa della retina per mezzo delle frizioni praticate alla fronte con tinture ammoniacali, canforate o cantaridate; infine si potranno anche tentare le risorse dell' elettricità. Le acque ferruginose e l'aria pura dei luoghi elevati riesciranno, anche per tale scopo, eccellenti mezzi coadiuvanti.

Ora faremo seguire l'esposizione di alcuni casi di albuminuria, i quali basteranno a confermare quanto asserimmo intorno a questa malattia.

Uno di essi comunicatoci dal distinto nostro collega ed

---

festi efficace la di lui attività medicatrice. Ulteriori esperimenti su questo proposito sarebbero altrettanto più neccessarii, in quanto che la pratica di *Heller* e di *Scherer* avrebbe già dimostrato l'inutilità dell'acido nitrico in quasi tutti i casi di albuminuria che ebbero a curare.

Nella donna che forma soggetto dell'osservazione n.° 13 fu da noi adoperato a lungo l'acido nitrico nella limonata, ma oltre al non aver mai avvertito se non se passaggeri vantaggi sotto l'uso di quello in quanto alla vista, non vedemmo mai nemmeno la benchè minima diminuzione del precipitato albuminoso nelle orine.

amico dott. *Chiapponi*, proverà come possa manifestarsi l'albuminuria e decorrere tutti i suoi stadii, fino a terminare colla morte dell' individuo, senza dar luogo ad alcun sconcerto nella facoltà visiva.

Un altro fatto da noi raccolto fin dal 1852 in una sala dell'Ospedale Maggiore, affidata alle solerte cure del nostro ben amato collega dott. *Garbagnati*, servirà a dimostrare, come l'albuminuria possa tenere anche un lunghissimo decorso associata all'ambliopia amaurotica, senza determinare un' amaurosi completa, e, come l'albuminuria si trovi per lo più accompagnata durante il suo andamento da tali e tante complicazioni morbose nei principali visceri dell'economia, che si è indotti ad attribuire la causa dello sviluppo e del mantenimento di essa ad un dissesto organico ben più profondo e complesso, che non sia la semplice affezione del rene.

Ad appoggiare quest' ultima idea vengono in acconcio le necroscopie eseguite sopra i cadaveri dei nominati infermi, e sopra altre due vittime del morbo di *Bright*, una delle quali soccombeva nella nostra sala ottalmica dell' ospedale Fate-bene-sorelle.

In queste poi, che presentavano in vita una considerevole lesione anche nella facoltà visiva, ebbimo l' opportunità di constatare alterazioni caratteristiche della retina così identiche di natura in ambedue, che più tardi in un ammalato d'ambliopia amaurotica grave, di cui pure riferiremo la storia, potemmo diagnosticare l'esistenza dell'albuminuria col solo esame ottalmoscopico, dietro il quale rilevaronsi sulla retina alterazioni affatto analoghe a quelle già da noi osservate nei due cadaveri.

L' analisi delle orine ci assicurava ben tosto che avevamo rettamente giudicato.

Osservazione 10.ª — Giovanni Traversi di Milano, d'anni 14, di professione lattajo, entrava nell'infermeria di S. Lazzaro (nel nostro Ospedale Maggiore) addì 8 febbrajo 1858 e vi moriva il 16 dello stesso mese. — Era di tempra eminentemente leuco-flemma-

tica, ma pure abbastanza bene nutrito e sviluppato. — Riferiva d'esser sempre nel verno molestato dai geloni, ed avea ancora alle mani piaghe alquanto luride e poco vive. Andava soggetto con molta facilità a cefalea; verso i 10 anni era stato travagliato da ostinata febbre intermittente. Diceva d'essere ammalato da soli 8 giorni con febbre, senso di estrema prostrazione, cefalea, epistassi frequenti, poca tosse, inappetenza, dolori addominali, ed alquanta diarrea. Alla prima visita si presentava con polsi piccoli frequenti senza calore febbrile, avea freddo, dolore ai lombi, persistevano i sintomi già notati, eravi sete viva, lingua rossa ai margini, leggier ascite con edemazia generale, non però rilevante; benchè continuasse la tosse il respiro rimaneva vescicolare, validamente pulsava il cuore, ed oscuri ne erano i suoni; le *orine* assai copiose trattate coll' acido nitrico davano *abbondante precipitato albuminoso.* — *La vista* era in *istato perfettamente normale.* — Si scrisse la diagnosi di *enterite* con *dubbio* di *malattia* di *Bright.*

Nulla di rimarchevole si notò nell'andamento del male, se non che addì 13 si manifestò accesso di febbre a freddo, le orine si fecero alquanto scarse e si tinsero di color cofeano, la diarrea divenne più copiosa, la tosse crebbe d'assai e si congiunse ad affanno di respiro: nel giorno 15 coll' ascoltazione sentivansi alquanti rantoli mucosi alla base d' ambo i polmoni, e qualche rantolo sonoro sparso, i polsi erano nulli, fredde le estremità. — Addì 16 l'ammalato diveniva comatoso e moriva.

Il trattamento era consistito nell' applicazione di due sanguisugi all' ano nei giorni 11 e 14, di un vescicante al braccio sinistro addì 15, internamente si erano amministrati decotti di tamarindo e limonee.

Quarantotto ore dopo la morte fu praticata l' autopsia.

Il cadavere era ancor fresco, discretamente anassarcatico.

Autopsia. — *Capo.* — *Alquanto siero sotto-aracnoideo alla base e nei ventricoli:* — in corrispondenza della *tela coroidea,* nel *mezzo* di *ciaschedun ventricolo laterale, una cistide* della grandezza di un fagiolo, a *pareti* molto *sode, leggermente raggrinzate,* di *color bianco sporco:* ambedue appena tagliate lasciarono fluire poche goccie di siero limpido, e presentavano sulle loro pareti interne pochi frammenti di sostanza cretacea bianca: — *sostanza cerebrale pallida* in generale.

Petto. — Poco siero limpido in ciascuna cavità pleurica e nel pericardio, *edema* considerevole dei *lobi inferiori* d'ambo i *polmoni* — leggero arrossamento della mucosa nei grossi bronchi. — *Ipertrofia concentrica* del *ventricolo sinistro* del cuore — apparecchio valvolare sano — pochi grumi nerastri nelle cavità cardiache.

Addome. — Circa un boccale di siero limpido nel cavo addominale. — Notevole *iniezione arboreggiata* nella *mucosa gastro-enterica* propriamente fino al retto; quà e là *chiazze d'arrossamento uniforme*, ed in tai punti trovavansi feci alquanto arrossate; *assai sviluppate* ed abbondanti le *piastre* del *Peyer* ed i *follicoli mucosi* — *assottigliamento* in qualche tratto delle *pareti intestinali* — *fegato miristicato* — *milza* assai *voluminosa.* — *Rene* destro in istato normale, il *sinistro convertito* in un *sacco, contenente liquido acquoso*, della grandezza di un grosso melarancio — la *sostanza* del *rene è distrutta* e *solo vedonsi pochi frammenti compressi* in *qualche parte* ed i *frastagli* della *sostanza corticale.*

Osservazione. 11.ª — *Ambliopia amaurotica con nefrite albuminosa.* — Settembre 1852. — Una contadina di Turbigo, d'anni 23, d'abito sanguigno linfatico, sana fino ai 14 anni, cominciò ad avvertire in quest'epoca facile cardiopalmo, lasssezza generale, disturbi digestivi, e giallore sempre crescente alla cute. Mestruata a 17 anni per la prima volta, continuò a soffrire gli stessi incomodi, i quali si esacerbavano al comparire degli scarsi ed irregolari flussi mensili. Maritatasi a 20 anni si era discretamente ristabilita in salute, e vi si manteneva circa un anno e mezzo, quando sulla fine del 1851, dopo avere a lungo lavorato nelle risaie, venne presa da accessi febbrili a tipo quartanario, che continuarono invincibili oltre dodici mesi. Scorsi questi, si manifestò progrediente anassarca e la febbre si rese continua.

Accolta durante il settembre 1852 nell'Ospedale Maggiore, accusava *cefalea molestissima* con *ambliopia, fotopsia* e *miodesopsia,* nonchè prostrazione di forze, senso di calor generale, dolore ai lombi, continui doloretti al ventre, nessun appetito, sete ardente, impossibilità a digerire. Inoltre eravi edemazia generale, ascite piuttosto considerevole, ed *abbondanza* di *orine*, le quali opportunamente analizzate davano *assai copioso precipitato di albumina.*

Incominciatasi la cura colle sanguigne, coi drastici e coi diuretici, si era ottenuta diminuzione dell'anassarca e dell'ascite nonchè della febbre, ma gli altri sintomi continuavano. — Si volle tentare l'uso dei marziali, ma si dovette sospendere per la sopravvenienza di tosse, vomito e diarrea cui associavansi imponenti accessi di febbre a freddo. In seguito onde vincere questi ultimi si amministrò ripetutamente il chinino, ma invece si ebbe un aumento della ascite, dell'anassarca, dell'albumina nelle orine, ed anche dell'offuscamento di vista, senza che punto cessassero gli accessi febbrili. Si ritornò allora ai drastici alternandoli coi diuretici e se ne ebbe diminuzione dell'ascite, dell'anassarca ed anche dell'albumina nelle orine; ma ben presto si risvegliarono nuovamente acerbi dolori alla region lombare, la quale divenne più che mai edematosa; poco dopo si fecer più intense la cefalea, l'ambliopia, e la fotopsia, rendendosi midriatiche e quasi immobili le pupille; crebbero le molestie gastro-enteriche, e si manifestò la tosse con sputi cruenti, ed accessi febbrili costanti al vespro. Alcuni salassi non valsero a frenare tali sintomi, ed anzi oltre a quelli si sviluppò un ascesso flemmonoso al collo con disfagia, e più tardi una resipola, che dalla parte destra dell'addome e dei lombi si diffuse fino al lato corrispondente della faccia.

Per alcune settimane non si amministrano che acque imperiali, e allora le orine si fanno più abbondanti, rimanendo sempre albuminose, svanisce quasi del tutto l'anassarca, rimettono di forza tutti gli altri sintomi e si ha quasi una prospettiva di durevole miglioramento: quando invece si determina copioso vomito cruento, che vien frenato da un sanguisugio allo epigastrio, ma pochi giorni dopo è sostituito da imponente esacerbazione febbrile con segni di grave pleurite destra, e notevole recrudescenza di tutti gli altri sintomi. Si ricorre di nuovo ai salassi ed ai sanguisugi onde vincere l'attività della sopravvenuta affezione, e si ottiene un generale miglioramento, che si fa più sentito ed ingannevole al manifestarsi di profusi sudori con abbondante eruzione di miliare cristallina. Poco dopo si desta una straordinaria ambascia respiratoria, che i segni fisici indicano sostenuta da spandimento nel sacco della pleura destra, infine sopravviene il coma, e la vita dell'infelice dopo un anno di patimenti si spegne per sempre.

È a notarsi che l'ambliopia e le allucinazioni visive rimasero

costanti in tutto il decorso della malattia, ma non si ebbero mai indizii di *amaurosi completa.*

Autopsia. — Abito esterno. — Corpo ancora mediocremente nutrito, edemazia ai malleoli ed ai lombi, rigidità degli arti scomparsa.

Capo. — Lieve *effusione sierosa* fra le *meningi* — la *sostanza* delle *meningi* e del *cervello anemica* ed *infiltrata* di *siero.*

Petto. — *Effusione* copiosissima di siero torbido misto a *fiocchi albuminosi* nella *pleura destra* — tenacissime aderenze fra le pagine di questa in tutta la loro estensione — libere le pleure sinistre che solo alla base presentano qualche pseudo-membrana. — Un bicchiere di siero citrino nel cavo del pericardio (reazione acida di questi sieri esplorati colle cartoline di tornasole). — *Cuore uniformemente ipertrofico* — pochi grumi liberi nei ventricoli — lieve ingrossamento del margine libero della valvola mitrale — *polmoni compressi,* poco elastici, il *destro* alquanto *edematoso.*

Ventre. — *Siero torbido* con *fiocchetti albuminosi* nel *cavo peritoneale.* — Accollate fortemente molte anse intestinali da briglie e da strati fibrinosi: queste adesioni spesseggiano nei tenui e vanno diminuendo lungo il corso del crasso. — *Adiposissimi gli omenti* — qualche tratto della *mucosa gastro-enterica iniettato finamente,* ed in alcuni punti di essa *chiazze* di *arrossamento* quasi *echimotico.* — *Milza ardesiaca* di grossezza naturale, stridente al taglio quasi fosse sabulosa. — *Fegato miristicato* (color di noce moscata). — I *reni più grossi* e più *lunghi* del normale; s*gverniti* della *membrana esterna* appaiono *screziati* e come *macchiati* di *stellette rossigne*; *spaccati* presentano un *colore* uniforme *bianco sudicio* tendente al *giallognolo*, i *coni secernenti sbiaditi* e, a così dire, *compenetrati* o *disseminati* da *infiltramenti di sostanza adiposa.* — *Entro un calice* del *rene sinistro* si trova una *sostanza granulosa, durissima, giallastra* (*acido urico).*

Disgraziatamente si è omessa per incuria l'autopsia degli occhi.

Osservazione 12ª — *Ambliopia amaurotica* doppia con fotopsia e miodesopsia da *retinite echimotico-essudativa,* in soggetto affetto da *nefrite albuminosa.* — 9 gennajo 1858. — Carlo Vitali, di Poasco, d'anni 28, di temperamento linfatico venoso, di professio-

ne contadino, ebbe in prima gioventù ripetute febbri intermittenti, a 19 anni una grave pneumonite, ed in seguito godette sempre discreta salute fino verso la fine del settembre 57. A quest'epoca cominciò a soffrire malessere, lassezza di forze, anoressia, dispepsia, dolore quasi continuo all' ipocondrio destro ed alla spalla corrispondente, più avvertiva ricorrenti brividi, dolore alle reni, e crampi frequenti agli arti inferiori; passava le notti insonne, disturbato da incubo o da sogni spaventosi. Dopo un mese di tali sofferenze s'accorse di progressivo edema alle estremità inferiori che si diffuse al ventre, al petto, alle braccia e per ultimo al volto. Ai primi di dicembre accolto nell'Ospedale Maggiore per l'*anassarca*, vi stette 11 giorni, e quando mediante qualche diuretico si vidde liberato dell' edemazia e migliorato degli altri sintomi se ne tornò a casa, ma pochi giorni dopo essendosi di nuovo esacerbati gli stessi fenomeni morbosi, cercò un'altra volta di esser ricoverato nello stesso spedale.

Qui oltre ai già notati sintomi riferiva che da circa due settimane eraglisi progressivamente annebbiata la vista, sicchè alla distanza di pochi passi non discerneva le fisonomie delle persone, gli oggetti vicini apparivangli come coperti da un denso velo, e le fiamme delle candele sembravangli assai pallide o ravvolte da fumo; oltre a ciò vedea spesso muoverglisi dinanzi agli occhi talora dei punti neri, talora delle scintille rossastre o splendenti. — Esplorato il cuore se ne notava l'impulso assai valido, i suoni metallici ed alquanto estesi. — L' addome era meteoritico, tumido e dolente l' ipocondrio destro — palese la fluttuazione nel cavo del peritoneo — dolenti sempre i lombi anche alla compressione, lèggiera ma generale l' edemazia. — Tutti questi sintomi imponevano un dubbio che non potea decidersi che coll' analisi delle *orine*. Da quella infatti risultò ch' esse erano *sopraccariche di albumina*.

La cura venne intrapresa coi sali medii e colle polveri di rabarbaro, le quali parvero migliorare le condizioni gastriche, ma invece il paziente accusava sempre crescente l'offuscamento di vista, ciò ch'egli attribuiva alla dieta piuttosto tenue, cui lo si obbligava atteso i suoi disturbi gastrici.

Scorsi appena otto giorni di degenza nell' ospedale, a tutte le altre molestie si aggiunse di nuovo la febbre viva con tosse ed

aumento dell'anassarca, crebbe l'albumina nelle orine, si manifestarono sputi sanguigni, con forte cefalea, e qualche scossa convulsiva. Si volle perciò praticare una sanguigna generale, ma ben presto l'infelice cadde nel coma, e morì in quindicesima giornata dopo il suo ingresso nell'ospedale.

Necroscopia. — Abito esterno anassarcatico.

Cranio. — *Pallide* le *meningi* — *edematosa* ed *anemica* la *sostanza cerebrale* — *dilatati* da *sierosità* ambo i *ventricoli.*

Petto. — Aderenze antiche della pleura destra al polmone ed al costato — *siero* in *abbondanza* nel *cavo pleurico sinistro* e nel *pericardio* — *polmoni congesti* ed *edematosi* — *cuore notevolmente ipertrofico* con *dilatazione* delle *sue cavità*, senza alterazioni valvolari.

Addome. — *Sierosità copiosa* mista a *fiocchi albuminosi* nel *cavo peritoneale* — mucosa dello stomaco leggermente congesta al fondo cieco e verso il piloro — alquanto tomentosa ed iniettata quella del duodeno e dell'ileo — *fegato assai voluminoso* e *congesto* — *milza* più piccola del normale — *reni raggrinzati* e alquanto *piccoli* — l'esterna loro *superficie scolorata*, quasi affatto *indistinte* le *piramidi* dalla sostanza corticale, il *parenchima* sparso di *piccole* ma assai *numerose echimosi*, fra le quali spiccavano i corpuscoli del *Malpighi* non che moltissime *punteggiature bianche* d'*essudati interstiziali.*

Estratta un pò di orina dalla vescica, vi si rinvenne cogli opportuni reagenti abbondante copia di albumina.

Unitamente a codesti dati importantissimi sulla malattia e sulle alterazioni patologiche riscontrate nel *Vitali* ci furon trasmessi, dal distinto nostro amico e collega dott. *Chiapponi*, gli *occhi* di quell'infelice, onde potessimo rilevare, *se* e *quali alterazioni* dei loro tessuti dessero *spiegazione* dell'*ambliopia amaurotica* che si associava a tutti gli altri sintomi d'albuminuria.

Autopsia degli occhi. — Levate le cornee, si verificarono, coll'aiuto dell'ottalmoscopo, *molte piccole punteggiature rosse* (*emorragie*), ed alcune *macchiette bianche rilevate* (*essudati*), *disposte attorno* alla *papilla* ed alla macula lutea.

Ciò visto si passò ad un regolare esame di ciascheduno dei tessuti d'ambedue quegli occhi. — Eccone i risultati:

Occhio destro. — Rammollita la lente ed il vitreo. *Intorno alla*

papilla e *massime* dalla *parte corrispondente alla macula lutea molte piccole chiazze echimotiche,* (simili alle punteggiature riscontrate nella sostanza corticale dei reni), le quali son disposte lungo l'andamento dei vasi coronarii. *Negli interstizii* liberi da echimosi si rimarcano tutto all' intorno della papilla *moltissime punteggiature bianche della grandezza della capocchia* di un *piccolo spillo* (simili a quelle che si vedon sulla cornea nella keratite punteggiata). Queste sembrano al di sotto dello strato vascolare della retina, e abbondano specialmente verso la macula lutea e sulla piega trasversale. — La *macula lutea* è pure *striata* di *macchie echimotiche,* e vi si rinvengono alcune *punteggiature bianche.* — Normale il resto della retina.

Occhio sinistro. — Anche qui le stesse alterazioni colla differenza che i *granuli bianchi* erano *più abbondanti* e *confluenti intorno alla macula lutea* — la *coroidea* appariva in *diversi punti priva di pigmento* ed *iniettata vivamente* tanto in questo come nell'altro occhio.

Esaminate col microscopio diverse particelle di retina, il dott. *Gritti* non vi scoprì traccia di globuli d' adipe o di metamorfosi adipose. — Sottoposti all'istesso esame diversi di quei *granuli bianchi*, li vidde costituiti da un ammasso di nuclei nucleolati tutti della stessa grandezza a margini irregolari disposti senz' ordine gli uni sugli altri, caratteri questi, che contradistinguevano una *materia essudativa,* ed *escludevano* affatto la *presenza* di *tessuto adiposo.*

Osservazione 13.ª — *Amaurosi incompleta doppia da retinite echimotico-essudativa in donna gravida affetta da nefrite albuminurica.* — 30 settembre 1857. — Clementina Vismara, di Ziano, ostessa, d'anni 26, di temperamento nervoso linfatico, figlia di parenti sani, mestruata sempre regolarmente fin dal 13.º anno; durante il 1852 rimase incinta per la prima volta, e divenne anassarcatica al 7.º mese di gestazione. Verso la fine dell' ottavo partorì un feto, che morì dopo alcune ore, ed il giorno susseguente perdette quasi d' improvviso la vista e non la ricuperò del tutto se non dopo 4 o 5 mesi. Nelle due gravidanze successive nessun sinistro accidente erale occorso. Nel 1857 trovandosi incinta per la quarta volta e sentendosi alquanto languida di forze, ed oppressa da un

malessere insolito, fin dai primi mesi di gravidanza erasi dedita contro le sue abitudini al vino e alle bevande spiritose, credendo con ciò di ristorare le forze fisiche e morali. Ma invece al 6.° mese di gestazione crebbe in lei il senso di prostrazione generale, e cominciò a soffrire molestissimo dolore ai lombi, con crampi ricorrenti specialmente agli arti sinistri, e stimolo frequente d'orinare. A questi disturbi ben presto si aggiunse la febbre accompagnata da sete viva, nausea continua, cefalea gravativa, insonnia, ambascia cardiaca e respiratoria, e poco tempo dopo ella si accorse che le si andava sempre più offuscando la vista nell'occhio destro. Il medico sopra-chiamato praticolle un salasso ed amministrò rimedii antelmintici per la circostanza, che alcuni giorni prima l'ammalata avea evacuato tre lombrici; ma il dolor frontale parve esacerbarsi dopo il salasso, e l'annebbiamento di vista mentre si estese anche al l'occhio sinistro, andò peggiorando al punto, da non lasciarle dopo alcuni giorni discernere altro che le ombre degli oggetti grossolani.

Allora l'infelice, spinta dal funesto presentimento che questa volta la vista non le si sarebbe ristabilita spontaneamente, come le era avvenuto dopo il primo parto, si presentò al nostro dispensario onde chiedere opportuni consigli. Asserivasi dai di lei parenti che il sangue del salasso, praticatole dal suo medico, era quasi privo di parte plastica e cruorica ed abbondava invece di un siero come lattiginoso; di più aggiungevasi che il sanguisugio applicatole alla regione temporale, onde mitigare i forti dolori ed il senso di peso e di calore a tutta la testa da cui era assai molestata, mentre avea ottenuto codesto intento, pareva fosse riuscito pregiudicevole alla vista, imperocchè dopo di quello essa era divenuta quasi completamente cieca.

L'inferma prostrata oltremodo di forze, pallidissima in volto, continuava a patire i già accennati disturbi generali, offriva i segni fisici e razionali d'ipertrofia cardiaca, e quantunque agli arti non recasse *edemi* di sorta, pure le sue *orine cimentate coll' acido nitrico davano un copiosissimo precipitato d'albumina.*

Gli occhi erano attoniti, lo sguardo amaurotico, le pupille midriatiche ed immobili, quasi fossero sotto l'azione dell'atropina; mancavano totalmente i fosfeni; e l'infelice diceva poter fissare impunemente il sole, ma pur distingueva ancora la luce dalle tenebre.

Importava assai di istituire un accurato esame ottalmoscopico, onde rilevare quali fossero le condizioni endoculari, che sostenevano una sì grave lesione della facoltà visiva. Ma sgraziatamente il cattivo stato della paziente, la quale a mala pena potea reggersi sulla persona, impedì che si potesse protrarre a lungo l'ispezione quanto forse sarebbe stato necessario.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — Mezzi trasparenti normali. *Papilla* ottica alquanto *pallida, come coperta* da un *velo uniforme grigio-chiaro*, che si *prolunga per un piccolo tratto sulla retina* in modo da confondere il margine proprio della papilla con quello della retina (*infiltramento edematoso della papilla* e delle *espansioni* del *nervo ottico*). Le *arterie* coronarie finchè sono *nel perimetro della papilla* e di quell'*area grigiastra* che la circonda manifestansi *assai pallide e sottili*; più innanzi diventano meglio appariscenti ma ancora sottili assai di lume; le *vene* invece appaiono *alquanto turgide*, *specialmente* poi *le inferiori. Al lato interno* ed un pò inferiore della papilla si osservan *due macchie* riunite di color *giallo-verdiccio*, vicino alle quali serpeggiano due ramuscoli vascolari. *Al di sopra* e al *di sotto* del campo *della macula lutea* alcune *punteggiature rosse* che sembrano *echimosi*, alcune delle quali fiancheggiano i vasi coronarii.

Occhio sinistro. — Mezzi diottrici normali. *Meno rilevante il riflesso bianco sporco* della *papilla* e della *porzione di retina che da vicino la circonda.* Invece delle echimosi e delle macchie giallastre si rilevano sul *lato interno* della *retina* un pò superiormente quattro o cinque *punteggiature bianchiccie*, che lasciano però trasparire il sottoposto rossore coroideale; due o tre *macchie* della *stessa apparenza* si osservano anche nel *campo* della *macula lutea.* Le condizioni dei vasi coronarii eguali come nell'occhio destro.

Da codesto esame si aveano i segni certi di *una doppia retinite in corso*, ma tuttavia le alterazioni materiali, che allora si manifestavano, non erano, nè per la qualità, nè per il numero, nè per la posizione, sufficienti a spiegare la quasi completa amaurosi d'ambo gli occhi.

Piuttosto era necessario ammettere, che a sostegno della gravezza di quella lesione funzionale concorresse qualche stravaso sie-

roso nei ventricoli cerebrali, ovvero un infiltramento edematoso della base del cervello cagionato e mantenuto dall'incontestabile ingorgo meningeo.

Non eravi però il permittente di insistere sulle sanguigne nè generali, nè locali, tanto più che quelle già praticate aveano piuttosto aggravato, che migliorato le condizioni dell'ammalata.

Per questo si volle incominciare la cura con un mezzo esterno rivulsivo, che valesse a derivare i conati del processo irritativo-congestivo cerebro-oculare, e ad attivare l'assorbimento dei materiali già effusi nel cervello e nella retina.

Contemporaneamente si sarebber diretti i mezzi interni alla ricostituzione del sangue, la cui crasi si dovea supporre ormai alquanto depauperata dalle profuse perdite di albumina.

Onde ottenere codesti scopi si fece applicare un vescicante alla nuca e si prescrissero per uso interno la limonea minerale con acido nitrico e le pillole di tartrato-ferrico-potassico. Si raccomandò all'ammalata che, ritornata al domicilio, si mantenesse al riposo del letto, e ad una dieta moderata.

Il diligente medico condotto di Ziano dirigeva intanto la cura, trasmettendoci di tratto in tratto le notizie dell'ammalata, che noi qui trascriviamo:

« Dal 10 al 14 ottobre eseguì le prescrizioni, meno l'uso delle pillole, che si dovettero sospendere perchè non tollerate dallo stomaco — il dolore sopraciliare aumentò, ma la vista sembra migliorare leggermente nell' occhio sinistro. — Alle ore 10 del 14 partorì un *feto morto settimestre.* — Dolori vaghi al ventre — lochi scarsi.

Dal 16 al 19 ottobre. — Continua a migliorare la facoltà visiva un pò anche nell' occhio destro. Distingue il marito ed altre persone a piè del letto — non vede però nella direzione dell'asse visuale, ma solamente in linea obliqua, pare cioè che veda colla metà interna di ambedue le retine, ma quasi nulla colla metà esterna di esse, le pupille si sono alquanto ristrette. — Accusa dolori alle ginocchia, ai cubiti ed alla spina — è debole nelle gambe al punto da non poter reggersi in piedi — ha capogiri — sudori fetenti ad intervalli, bolle migliari sotto alle mammelle — continua la febbre nonchè la presenza dell'albumina nelle orine.

21 ottobre. — Continua l' uso della limonea minerale nitrica.

— Il miglioramento di vista progredisce. Coll'occhio sinistro distingue bene la penna, le dita, il terreno; la nebbia da prima nera ora le appare cinerina — stazionarii i fenomeni generali — continuano i dolori periorbitali alternati coi dolori alle ginocchia ed al dorso; orine albuminose sempre nella stessa proporzione — stitichezza ostinata ad onta dei clisteri ».

La stazionarietà della quantità di albumina nelle orine, e di tutti gli altri fenomeni generali, inducevano a credere, che le limonee nitriche riescissero inutili al loro scopo, mentre il miglioramento leggiero e lento della vista si potea ascrivere all'assorbimento determinatosi spontaneamente, e fors' anche in virtù della rivulsione mantenuta alla nuca. Per questo si consigliò di sospendere la pozione nitrica, e di amministrare invece il calomelano allo scopo di attivare l' assorbimento incoato, applicando contemporaneamente le frizioni di unguento napoletano al sopraciglio.

« Dal 3 novembre al 14 dicembre. — Durante l'amministrazione del calomelano si fece più sensibile lo schiarimento di vista nell' occhio sinistro ma non nel destro. Tale vantaggio, con fondamento, si poteva attribuire al ptialismo sopravvenuto. Ma in seguito l'ammalata, avvertendo una notevole diminuzione di tutte le sue molestie generali, e nello stesso tempo infastidita dall'estrema prostrazione di forze che continuava sempre, si lasciò indurre suo malgrado nella lusinga che un lauto regime dietetico le avrebbe ristorate le forze e ridonata altresì l'integrità della sua facoltà visiva. Perciò, abbandonata ogni cura, si diè per un mese circa a disordini dietetici d'ogni genere, per il che non tardarono a ridestarsi in lei tutti i disturbi generali e la vista subì di nuovo un notevole deterioramento ».

Allora ella cercò un'altra volta il nostro aiuto e venne ricoverata nella sala ottalmica dell'ospedale Fate-bene-sorelle addì 3 gennajo 1858.

Alla prima visita accennava di avere sofferto nell' antecedente settimana tre accessi convulsivi (1), e d' essere stata oltremodo molestata da inquietudine continua, veglia notturna, cardiopalmo

---

(1) Se quegli accessi presentavano la stessa forma che ci ac-

ed ambascia epigastrica, non chè da ricorrenti vomiti con epigastralgia e da tension dolorosa del ventre con ostinata stitichezza.

Oltre a tutti questi disturbi accusava gravezza al capo, diminuzione della forza sensitiva e motrice specialmente alle estremità superiori, ricorrenti brividi o formicolìo per tutte le membra, esigenza continua di cibo e bisogno frequente d'orinare. Eravi validissimo impulso del cuore con palese moto di leva al suo apice, suoni molto estesi, ed il secondo chiaro metallico; i polsi frequentissimi e frizzanti; al petto e al ventre molte bollicine di miliare cristallina; le orine contenevano ancora albumina in gran copia.

Con tutto ciò non esistevano edemazie di sorta.

Gli occhi dolenti spontaneamente ed anche alla pressione, presentavano straordinaria midriasi ed immobilità delle pupille. La paziente discerneva soltanto colla parte interna d'ambo le retine gli oggetti e le persone purchè non fossero distanti più di alcune braccia, e le vedeva come ravvolte da un denso fumo; col centro e col lato esterno delle retine non distingueva che le ombre indistinte degli oggetti e delle persone quando le si muoveano dinnanzi. L'offuscamento era però sempre maggiore nell'occhio destro. — Non fotopsia, non miodesopsia.

L'esame ottalmoscopico del fondo oculare riesciva allora impossibile, atteso che lo stato grave dell'ammalata impediva assolutamente di muoverla dal letto.

Tutti i fenomeni summentovati persistettero costanti e più o meno molesti sino ai primi del mese di febbrajo. A quest'epoca si aggiunsero epistassi ripetute, dolore puntorio al costato destro, ansietà di respiro, tosse con sputi cruenti, singhiozzo, esacerbazioni febbrili con accessi di freddo, e infine *reiterati insulti* di

---

cadde di riscontrare quando le convulsioni si ripeterono durante la degenza dell'ammalata nell'ospedale, non dubitiamo di affermare che quelli fossero accessi di *vera eclampsia.*

Sarebbe questo un altro esempio di *eclampsia* sopravvenuta per la prima volta in *epoca* piuttosto *avanzata* di *puerperio* (fra il 3.° e il 4.° mese).

eclampsia, l'ultimo dei quali segnava, alle 4 mattina dell'11 febbrajo, l'estrema ora della infelice paziente.

La cura nell'ospedale era consistita nelle limonee nitriche, nei vescicatorii volanti alla fronte, alle tempia ed alla nuca, in qualche sanguisugio all' epigastrio e nell' uso del solfato di chinino. Quest' ultimo valse a frenare nei primi giorni l'acutezza dei dolori frontali ed oculari, i quali erano poi cessati del tutto sotto l'azione dei revellenti. La vista aveva subìto qualche lusinghevole miglioramento quando si era ripigliata l'amministrazione del calomelano.

Ma eran troppo gravi e molteplici le complicazioni morbose, ed ormai troppo esausta l'innervazione della povera ammalata, perchè essa vi potesse sopravvivere.

Non è inutile il notare come al sopravvenire dei fenomeni di petto, le pupille si restringessero per dilatarsi di nuovo al manifestarsi degli accessi convulsivi.

Autopsia. — Abito esterno. — Corpo abbastanza nutrito — rigidità cadaverica scomparsa dalle estremità superiori, imperfettamente superstite alle inferiori. — *Nessuna traccia di edema.*

Cranio. — I seni della dura madre pregni di sangue atro. — Ingorgate assai le vene delle meningi e della superficie del cervello. — Ventricoli laterali assai dilatati e massime il destro da raccolta sierosa. — Sostanza cerebrale anemica ed infiltrata di siero.

Petto. — Un bicchiero di siero torbido, sanguinolento, nel cavo pleurico destro. — Essudato fibrinoso cremoso, del volume di un uovo, aderente alla pleura polmonare del lato esterno inferior-posteriore. — *Polmone sinistro* libero nella sua cavità, *edematoso* nel *lobo superiore*, *edematoso* e lievemente *iperemico* nell'*inferiore*. — *Mucosa bronchiale* congesta. — Il *polmone destro in corrispondenza* dell' *essudamento linfatico indicato* presenta un *ascesso*, della grandezza di una noce, *la cui cavità è rivestita* da una *membrana piogenica*. — Il tessuto di questo polmone è compresso, solo lievemente iperemico alla base — *il cuore voluminoso*, *coperto da un strato adiposo* riflessibile, ha il peso complessivo di *oncie quindici* ed una *dramma* e *mezza*. — Grumi fibrinosi nelle 4 cavità, delle quali la *ventricolare destra* è di un *terzo più ristretta dell' ordinario* — *le pareti*

del *ventricolo sinistro ipertrofiche* misuranti 9 linee circa di spessore — *valvola mitrale ispessita.* — In alcune parti del ventricolo sinistro si scorge la sostanza adiposa introdursi frammezzo alle fibre carnose, e le pareti stesse presentano nel loro spessore dei nocciolelti di sostanza adiposa che presentano varia dimensione da un grano di riso ad un grano di frumentone. — Poco siero nel pericardio.

Addome. — Raccolta d'adipe nel mesenterio — mucosità sanguinolenta lungo il tenue, il quale presenta al principio del duodeno una piccola echimosi sotto-mucosa. — Due ulcerazioni della grandezza di un fagiolo interessanti la mucosa del cieco aventi per fondo il cellulare sotto-mucoso ipertrofico e duro. — Stomaco vuoto la di cui mucosa è ripiegata a pieghe longitudinali assai rialzate. — *Fegato assai voluminoso,* il suo *tessuto* é *iperemico, più consistente* del *normale, miristicato* tanto all' esterno come nello spessore del parenchima. — *Milza* alquanto *più grossa* dell'ordinario. — Utero, ovaje, vescica normali. — Pancreas involto in uno strato considerevole di adipe col suo tessuto assai duro. — *Ambedue i reni* sono più *piccoli* che in istato fisiologico, ed alquanto *raggrinzati alla superficie* — la *glissoniana* loro propria *si stacca dal viscere con grande facilità* e *presenta* sulla *faccia interna* delle *stellette vascolari,* le quali si corrispondono con *altre moltissime che coprono la sostanza corticale* del *rene unitamente a depositi fibro-plastici* per modo da fornire a quella sostanza un *aspetto* uniformemente *variegato.* — Spaccato il rene si osserva che la *sostanza corticale* è intensamente *iperemica* e la *midollare* ora si presenta di un *color bianco sporco,* ed *ora* anch'essa *iperemica.* — Le *deposizioni plastiche,* che costituiscono la causa del coloramento bianco sporco, in *alcuni punti invadono l'intero cono orinifero,* in *altri* soltanto *frazioni di esso.*

Riassunto. — Congestione delle vene meningee e dei seni. — Anemia ed edema della sostanza cerebrale. — Esiti di pleurite destra — ascesso del lobo inferiore del polmone corrispondente. — Ipertrofia del cuore sinistro. — *Nefrite* (del *Bright) vergente al secondo stadio.*

Sezione dei bulbi. — *Bulbi* piuttosto *molli* — il *nervo ottico destro* è *più piccolo* e più *flaccido del sinistro* — tagliati di traverso amendue i nervi, si vede gemere dal loro seno un pò di

siero limpido — lungo il cellulare che ricopre il nervo ottico destro si scorgono fasci di vasi arteriosi alquanto pronunciati e turgidi, che lo cingono tutto all'intorno fino alla sua entrata nel bulbo.

Occhio destro. — Esportata la cornea e la lente, che appajono di tessitura normale ed esaminato il fondo oculare coll' ottalmoscopo, si rileva una *papilla ottica* alquanto *piccola*, cinta da qualche *macchiuzza rossiccia;* la *macula lutea* quasi *non si distingue* e la piega retinica appena è tracciata — in *questa regione* emergono alcune *punteggiature bianche*. — Sciolta la *retina* dal vitreo e dal corpo ciliare e dalla sottoposta coroidea la si rileva alquanto *assottigliata* nel suo complesso — la *papilla* che è *piccolissima* si vede circondata da 10 a 12 *macchiuzze echimotiche* che si trovano a qualche linea lontano da essa, ed occupano lo *spessore* della *retina* — la *macula lutea appena segnata* nel suo *centro circondata* da *punteggiature bianche* simili a *granellini di sabbia*, *abbondanti* ed *accumulate* nella *parte superiore*, più *rare* al lato *destro* ed *inferiormente*, mancanti nella parte che guarda la pupilla — la porzione opposta della retina, cioè la metà interna di essa è alquanto sottile ma non presenta le macchie biancastre (essudati) e solo qualche echimosi in vicinanza alla papilla. — I vasi coronarii numerosi ma sottili.

Occhio sinistro. — Cornea, lente e vitreo normali. — La retina appare un pò meno sottile della destra — la papilla è più ampia dell'opposta — mancano le echimosi — la *macula lutea* più facilmente discernibile, *circondata egualmente come nell'occhio destro* da *punteggiature bianche meno numerose* ma assai *più larghe*. — Anche qui i vasi numerosi ma sottili.

Esame microscopico. — Presentata al microscopio la parte di retina occupata da punteggiature bianchiccie, il dott. *R. Gritti* trovò che queste erano costituite da granulazioni nucleari, rotondeggianti, a margini irregolari, alcune delle quali vedevansi isolate, altre aggruppate in piccole masse sferiche. Dietro questi caratteri le ritenne formate da semplice materia essudativa, ma non vi riscontrò alcuna apparenza di cellule adipose; il restante delle retine non offriva che i caratteri di retina macerata.

Paralello tra le lesioni funzionali e i reperti cadaverici. — In questo caso non si potrebbe istituire un paralello tra le

alterazioni della funzione visiva ed i segni ottalmoscopici rilevati durante la prima ispezione che si fece alla paziente. I reperti cadaverici invece ci assicuravano doversi nel caso concreto attribuire l'amaurosi ad un processo di retinite che diede luogo nell' occhio destro a piccole emorragie e ad essudati, e nel sinistro ad essudati semplicemente. Trovandosi codesti esiti della flogosi limitati specialmente alla macula lutea od all' intorno di essa, si spiega come l' ammalata fin quasi agli ultimi giorni di sua vita non discernesse nulla colla porzione centrale ed esterna della retina, mentre colla parte interna, ove infatti non si riscontravano nè echimosi nè essudati, riesciva ancora a distinguere, benchè assai imperfettamente, tanto le persone quanto gli oggetti grossolani. Così pure il breve confine segnato dai singoli essudati e dal loro complesso, spiega abbastanza come anche la metà esterna della retina potesse ancora percepire la luce e le ombre. Inoltre la coesistenza nella retina destra delle echimosi cogli essudati chiarisce il perchè l' occhio destro, che fu il primo ad avvertire alterazioni di vista, fosse altresì quello che non risentì quasi affatto nemmeno di quei leggeri e sfuggevoli miglioramenti, che si verificarono per l' occhio sinistro durante il corso della malattia. E se la maggiore sottigliezza riscontratasi nella retina destra indicava un certo grado di atrofia del di lei tessuto, si ha anche in ciò un'altra ragione dell'istesso fatto.

Del resto noi riteniamo che a favorire lo sviluppo della retinite e dei suoi esiti abbia in questa ammalata contribuito in ispecial modo l'abuso delle bevande spiritose, in quanto che essa già si trovava mal disposta per lo stato d' ipertrofia di cuore, e per l' abituale congestione dell' albero venoso, sostenuta in parte dalla gravidanza ed in parte dallo stesso vizio precordiale, A queste medesime stasi si deve riferire nel nostro soggetto l' origine della *nefrite albuminosa*, la quale poi, depauperando il sangue di un elemento indispensabile alla sua normale composizione, indusse uno stato idroemico che entrò come nuovo elemento ad aggravare la malattia. Forse si dovette alla già incoata idroemia il peggioramento che indussero nelle condizioni della vista le sanguigne generali e locali, che furono adoperate durante le prime manifestazioni dell'amaurosi.

Osservazione 14.ª — Ambliopia amaurotica doppia — da retinite emorragico-essudativa — in soggetto albuminurico. (Vedi Fig. VII) — 6 aprile 1858. — Pietro Vitali, fabbro-ferrajo, milanese, d' anni 26, di temperamento linfatico nervoso, d'aspetto cachetico, ha il padre sano e vivente, la madre morì in età fresca, ma egli non sa dire per quale malattia. Nell'infanzia fu maltrattato dalla scrofola e dalla rachitide, per cui ebbe adeniti ripetute al collo, e gonfiezza al ventre, e presentò per molto tempo le gambe torte con grande difficoltà a reggersi sulla persona. Verso i 6 anni però s'era rinvigorito nelle forze e fino ai 21 ebbe a godere salute. Soltanto a questa età cominciò a soffrire ripetutamente d' infiammazione ai bronchi, ed ogni volta veniva curato nell'ospedale Fate-bene-fratelli con metodo antiflogistico piuttosto energico. Tre anni sono, côlto da dolori assai violenti alle reni, riparò nel medesimo ospedale per cinque o sei giorni, d'onde poscia sortiva guarito, rimanendogli però la digestione sempre difficile ed una grande facilità a stancarsi del cammino e di qualunque altra fatica. Un anno dopo fu sorpreso da una straordinaria necessità di emettere orine, nelle quali rimarcava un color chiaro citrino ed una insolita abbondanza di schiuma; in allora provava altresì una sete inestinguibile, ch' egli, quando lavorava lungi dal caseggiato cercava di spegnere bevendo, in mancanza di migliore, l'acqua fecciosa ed insalubre che si trovava sul luogo. Sulla fine del 1857 si accorse di una ricorrente gonfiezza edematosa che si manifestava ora alla faccia, ora alle gambe, ora alle braccia, ma più specialmente a quelle parti che appoggiava durante il sonno. Oltre a ciò avvertiva ancor maggiore la difficoltà di digestione, e più sensibile l' indebolimento delle forze.

Nel gennajo susseguente, mentre persistevano i notati incomodi, rimarcò un considerevole accorciamento di vista in ambo gli occhi, prevalente nel destro. Con quest'occhio che vedea gli oggetti come coperti da un velo grigio, aveva la percezione di un corpiccino nero, simile alla capocchia di uno spillo, che si presentava nella direzione dell'asse visuale.

A tale alteramento della facoltà visiva non associavasi nè fotopsia, nè fotofobia, nè crupsia, e nemmen dolori, nè peso, nè altra sensazione molesta al bulbo. La fiamma della candela appari-

vagli cinta da raggi; a luce moderata vedea meglio che a pien meriggio.

Negli ultimi giorni di febbrajo la vista andava notevolmente peggiorando.

Addì 4 del marzo p. p. venne assalito da convulsioni con perdita dei sensi, per cui fu trasportato al solito ospedale, ove si classificò la malattia per *meningite*, e lo si curò con diversi salassi ed un vescicante alla nuca. Sotto a questa cura cessarono i sintomi cerebrali, si dissipò l'edema della faccia e degli arti, e la vista migliorò.

Ma alcune settimane dopo, essendosi di nuovo destata un pò di gravedine al capo con qualche crampo agli arti, si tornò ad offuscare la vista massime nell'occhio destro.

Addì 6 aprile il Vitali si presentò al nostro dispensario, ove prima di chiedergli le qui riferite notizie anamnestiche, lo si sottopose all'esame ottalmoscopico, dal quale risultò quanto segue:

Esame ottalmoscopico — Occhio destro — (Figura VII.ª) (midriasi artificiale). — Mezzi rifrangenti normali — il fondo dell'occhio dà un riflesso roseo chiaro — la *papilla* che è demarcata da una punteggiatura cinerea di pigmento presenta la *zona intermedia* piuttosto *rossigna* — i *vasi* sono assai *numerosi* e cominciano a ramificarsi *nel perimetro* stesso della *papilla* — le *vene* sono *grosse serpentine*, e se si osservano *con lente concava* (a immagine diritta), si vedono chiaramente *pulsanti*. Le *arterie* sono *molteplici* ma *sottili* e *scolorate* — il *punto* di *partenza* delle *inferiori* si osserva un pò lungi dal *centro papillare* che è alquanto *grigiastro* invece d'essere lucente. — Anche *sulla retina* le *arterie* sono per *qualche tratto mascherate* da un leggier *offuscamento bigio*. — Nella regione ove quasi corrisponderebbe la macula lutea, si rimarca *una macchietta di color rosso sanguigno*. Intorno a questa formano corona *molteplici macchiette irregolari* di varia dimensione e di color *giallo pallido*. Framezzo ai vasi superiormente ed inferiormente alla papilla, ad una certa distanza, se ne osservano due altre consimili alquanto più grandi, dell' istessa natura e colore. In vicinanza di queste si osservano pure altre macchie sanguigne Tutte queste poi occupano palesemente il tessuto retiniano, nè in alcun punto si rileva denudata la sclerotica.

Occhio sinistro. — Mezzi diottrici normali. — *Papilla* regolare, splendente, *azzurrognola*, *alquanto rilevata*, dal cui centro partono *molti vasi arteriosi e venosi*, che si *anastomizzano prima di sortire dal suo limite periferico*. Detti *vasi* appena *abbandonata* la *papilla*, veggonsi come *ricoperti* da un *tessuto leggermente opacato*, in modo che alcune arterie scompaiono per brevi tratti dalla vista. Tutta *la retina* dà un *riflesso* leggermente *bigio*. In *vicinanza* della *macula lutea* vi ha una *plejade finissima* di *macchie* (*essudati*), che hanno i caratteri marcati nell'altro occhio. *Mancano* le *punteggiature emorragiche*.

Le macchiette giallognole e le piccole emorragie, riscontrate sulla retina di questo paziente, corrispondendo per la loro forma, natura e posizione a quelle, che noi già avevamo osservate nella retina di due soggetti amaurotici morti per albuminuria, e presentando tutta l'analogia colle alterazioni retiniche descritte dagli Autori come caratteristiche degli ambliopici affetti da albuminuria, ci indussero in sospetto, che anche nel caso attuale l' amaurosi avesse per causa promotrice l' albuminuria. Esplorate infatti le orine coll'opportuno reagente, si ebbe la piena conferma del concepito sospetto, verificando in esse abbondantissimo precipitato albuminoso.

Dovendo noi, anche per istabilire un piano curativo, valutare la natura intima delle alterazioni riscontrate nella retina di codesto albuminurico, ci permettemmo di dubitare, che le macchie giallo-pallide non esprimessero già una degenerazione adiposa della retina, come si vuole dagli Autori, ma bensì un vero essudato plastico. Ad appoggiare la nostra opinione noi avevamo prima di tutto diverse risultanze necroscopiche, dietro le quali si erano verificati nella retina di soggetti amaurotici morti per albuminuria non i segni di degenerazione adiposa, ma i caratteri dell' essudato flogistico. Oltre a ciò nel caso concreto esistevano tutti i segni anatomici della retinite, epperò anche le isolate opacità del tessuto retinico dovean credersi prodotti immediati dell'infiammazione, vale a dire *essudati*. Di più, vedendo noi le *macchie emorragiche* affatto *isolate dalle macchie gialliccie*, non potevamo con fondamento ammettere, che queste fossero un risultato, un esito, una metamorfosi di quelle; non potevamo cioè persuaderci, che in *origine* nei *punti* occupati dalle *macchie gialliccie* si fossero

formate *tante emorragie*, e che queste avesser poi lasciato luogo ad *altrettante degenerazioni adipose parziali* della *retina*, come appunto dicesi avvenire nella maggior parte dei casi di *emorragia retinica*. A tutto questo aggiungi, che nella *retina sinistra mancavano* affatto le *emorragie*, mentre esistevano invece le *macchie gialliccie*; e *benchè queste* si vedessero alquanto *prossime* alle *macula lutea*, *pure* la *vista* dell'*occhio destro* era assai meno *compromessa* che nel sinistro; *avrebbe dovuto verificarsi* il *contrario*, se intorno al punto ossiopico dell' occhio destro vi fosse stata una vera *degenerazione* del *tessuto retinico*.

Dopo tali riflessioni si dovea conchiudere, che l'alterazione visiva era ben a ragione più grave nell' occhio destro, poichè questo presentava la retina maggiormente infiltrata, ed invasa non solo da più numerosi essudati, ma anche da molte emorragie.

I dati anamnestici, che si raccolsero in seguito, ci resero quasi certi, essere nel Vitali da molto tempo inziata la vera malattia del *Bright* ed aver quella già indotto in lui una particolare dissoluzione del sangue.

Trovandosi le cose a tal punto, si poteva credere che all'anomala stimolazione del sangue fossero da attribuirsi in gran parte e il malessere generale dello ammalato, e le manifestazioni irritativo-flogistiche, le quali dopo essersi presentate sopra diversi organi aveano ultimamente attaccato anche l'organo della visione.

Il Vitali dicevasi in preda ad una grande debolezza generale, soffriva crampi e formicolio agli arti, avea l' aspetto chachetico leuco-flemmatico, l'appetito discreto, ma la digestione stentata; non avvertiva più tanta sete, e la lingua era pallida come la sua cute: assai valido l'impulso del cuore, chiaro e metallico il suono diastolico, ma i polsi piccoli e cedevoli: non esisteva traccia alcuna di edema alle estremità.

Non accusava dolori nè al capo, nè agli occhi, lo sguardo era amaurotico, le iridi castano-chiare, le pupille mobili e moderatamente dilatate prima che si procurasse la midriasi coll'atropina, il fondo oculare presentava il color nero normale. L'offuscamento di vista era tale da non permettergli di riconoscere una persona alla distanza di 7 od 8 passi, chiudendo però l' occhio destro poteva vedere un pò più lontano, se coll' occhio sinistro fissava un oggetto anche vicino lo vedea coperto da nebbia la

quale in alcuni punti gli appariva più densa. Alla lettura non si poteva apprestare nè con l'uno, nè con l'altro, nè con tutti due gli occhi, poichè gli si confondean facilmente i caratteri, e vedea quà e là coperte le lettere da ombre nere (*che assai probabilmente eran dovute agli essudati ed alle emorragie, in corrispondenza delle quali la retina non poteva essere normalmente impressionata*). I caratteri 18, 19 e 20 della scala d'*Jaeger* potea leggerli senza molestia ma gli apparivano essi pure velati.

In questo caso la cura indicata dagli esiti palesi di una retinite sarebbe stata quella dei solventi adoperati esternamente ed internamente, ma la ormai avanzata cachessia del soggetto sostenuta al certo da un rilevante impoverimento del sangue e da un corrispondente estenuamento dell'innervazione richiedeva un pronto rimedio, tanto più che ad essa con fondamento poteasi attribuire anche la prima origine delle alterazioni oculari.

La cura perciò s'intraprese col solfato di chinina misto al lattato di ferro, delle quali sostanze dovea prendere 6 ad 8 grani al giorno. Dietro l' uso di codesta miscela, continuato dal giorno 11 aprile fino al 10 di maggio, la vista erasi rischiarata al punto, ch' ei potea distinguere una persona anche a considerevole distanza benchè ne vedesse un pò ombreggiati i lineamenti, e riesciva a leggere senza fatica anche il carattere N.° 7 della scala d'*Jaeger*. Tale miglioramento era avvenuto gradatamente ed aveva a riscontro una notevole modificazione determinatasi nelle alterazioni retiniche, poichè dietro i replicati esami ottalmoscopici si potè verificare un progressivo rischiarimento di ambedue le retine, e la scomparsa di qualche emorragia dalla retina destra nel mentre stesso che si riscontrava la persistenza delle macchie giallastre.

Anche la quantità di albumina era andata a poco a poco diminuendo nelle orine, e coll' analisi che si fece di esse ai 10 del mese di maggio, se n'era trovata una quantità affatto minima. — L'aspetto dell'ammalato avea esso pure avvantaggiato, le sue forze eransi alquanto rinvigorite.

Ma addì 15 dello stesso mese di maggio presentatosi di nuovo il Vitali al nostro dispensario, riferiva di non aver subìto altro miglioramento nella vista, e di soffrire invece inappetenza, qualche gastralgia e molestissima tosse. Si sospesero allora le pillole, si prescrisse una bevanda mucilaginosa cianogenata. Dopo

quel giorno non lo abbiamo più veduto a ricomparire, ed inutilmente facemmo ricerche per avere di lui ulteriori notizie.

Articolo 11.° — *Dell' amaurosi in gravidanza e nel parto.* (*Condizioni patologiche da cui può essere sostenuta*).

Un caso di amaurosi con eclampsia ch' ebbimo ad osservare recentemente in una donna arrivata all'8.° mese di gestazione, meritava d'essere considerato in particolare, e perchè non eravi la complicazione d'albuminuria (1), che da alcuni autori si ammette quasi costante in simili casi, e perchè la causa prossima della cecità fu trovata negli esiti incontestabili di una *retino-coroideite essudativa*, cosa non peranco notata dagli ottalmoscopisti.

E noi quindi ci affretteremo a darne dettagliata relazione, premettendo solo pochi cenni su quanto venne detto dagli autori più riputati intorno a codesta forma di amaurosi.

Jennert, *Lazare-Rivière*, *Morgagni* riferiscono diversi casi di *amaurosi* esistite durante la gravidanza, che guarirono subito dopo il parto. Alcune femmine divenivano cieche a ciascheduna delle loro gravidanze, benchè talvolta fosser passati molti anni dopo il loro ultimo parto.

---

(1) È a notarsi che se nella donna, a cui qui si allude, non riscontrammo, mentre era in duodecima giornata di puerperio, alcuna traccia di albumina nelle orine, questa avrebbe potuto trovarvisi durante gli ultimi periodi di gestazione ed essere scomparsa in seguito al parto, il che si ritiene possibile da diversi Autori e fra gli altri dal *Desmarres.* Ma la relazione del fatto speciale dimostrerà come gli imponenti sintomi cerebrali, che precorsero lo sviluppo dell'amaurosi, esprimessero un' affezione del cervello o delle meningi assai più grave di quella, che si crede sintomatica dell'albuminuria; e d'altronde benchè si trovasse nei tessuti endoculari dell'ammalata in questione la condizione patologica dell' amaurosi, pure non si ebbero a constatare nelle sue retine quelle alterazioni che si dicono proprie dell'amaurosi albuminurica.

Boyer riferisce di una donna, che ad ogni gravidanza era presa da una *emiopia*, che durava però poco tempo.

Portal parla di un' altra, che divenne amaurotica alla sua prima gravidanza, sorda alla seconda, muta alla terza.

Tutti gli autori d'ottalmologia dai più antichi ai più recenti recano osservazioni proprie su questo proposito, e non v'ha forse un solo cultore di questa specialità che non abbia visto più casi di amaurosi in donne gestanti od in travaglio di parto. Tutti altresì ebbero ad osservare che il più delle volte la vista si ristabilisce poco dopo il parto, ma che pur si danno dei casi in cui l'amaurosi, che fu temporanea in una, in due, in tre gravidanze, rimase perpetuamente dopo un quarto parto.

A spiegare la genesi dell'amaurosi nelle gravide il *Morgagni* invocava la turgescenza delle vene interne ed esterne del nervo ottico.

Il *Deval* ritiene che il più gran numero delle ambliopie o delle amaurosi di questo genere sieno cerebrali, aventi talora un tipo francamente congestivo, talora un andamento sordo astenico, circostanza nella quale si può supporre che degli spandimenti siensi formati nella cavità cranica. Quanto alle influenze, a cui si possono attribuire questi effetti, si cercheranno in una conformazione di cui non ci è dato riconoscere il mistero, in un'idiosincrasia particolare, alla quale si aggiungono la cessazione dei mestrui, l'ostacolo che apporta al corso del sangue la compressione dei visceri addominali, d'onde l'impedimento della circolazione encefalica, e finalmente i vomiti ripetuti ed incessanti che può cagionare la gestazione.

Il *Desmarres* nella nuova edizione della sua opera intorno alle malattie degli occhi tratta piuttosto ampiamente codesto argomento in un apposito capitolo. Secondo lui la cecità completa od incompleta che si verifica durante la gravidanza o nel parto, deve riferirsi in alcuni casi ad una congestione od a spandimenti nel cervello, ma più spesso a lesioni par-

ticolari della retina facili a riconoscersi mediante l'ottalmoscopo. Qui come in tutti i casi di ambliopia o di amaurosi questo istromento serve a localizzare il male nell'occhio stesso, o per esclusione nel cervello, e certamente che la possibilità di stabilire sotto questo rapporto un diagnostico differenziale è cosa della più alta importanza. Nei casi di femmine incinte che lamentavansi di perdere momentaneamente la vista di un occhio o di tutti due, ovvero di non poter distinguere per mezz'ora o per un'ora che la metà di qualunque oggetto guardassero, non ha giammai trovato quell'Autore alcuna mutazione morbosa nel fondo oculare la quale potesse dare spiegazione di un tale fenomeno, che d'altronde si osserva non di raro anche nelle donne isteriche, e nei soggetti eminentemente nervosi od ipocondriaci. Epperò egli lo considera in simili circostanze come un semplice turbamento nervoso di cui convien ricercare la causa nello stato generale.

Ma i casi di cecità manifestatasi in gravidanza e persistita a lungo, o perpetuamente anche dopo il parto, non si possono attribuire ad una pura lesione d'innervazione. In simili circostanze l'amaurosi può essere sintomatica di una effusione cerebrale, può manifestarsi improvvisamente con e senza sintomi generali di paralisi, e può persistere tutta la vita; allora l'ottalmoscopo fa rilevare nel fondo dell'occhio i caratteri dell'atrofia della papilla.

Quando invece l'amaurosi delle gravide è oculare, e coincide coll'albuminuria, essa dipende intieramente da speciali lesioni retiniche, di cui si può misurare la estensione e la gravezza per mezzo dell'esame ottalmoscopico. Sotto questo rapporto, dice *Desmarres*, le incinte sono nelle stesse condizioni degli ammalati di nefrite albuminosa, con questa differenza che siccome in esse l'albuminuria è piuttosto il risultato di un'alterazione momentanea del sangue, che non di un'alterazione organica dei reni, così scomparendo dopo il parto l'albumina dalle orine, il pronostico per ciò che ri-

sguarda gli occhi dovrà essere per necessità più favorevole.

Un' altra causa assai comune di amaurosi nelle gravide si è, al dire dello stesso Autore, l' apoplessia della retina. Tra i molti casi ch' ei dice d'aver riscontrati, riferisce quello di una giovane donna d' Elbeuf la cui salute era sempre stata floridissima, e che avea sempre fruito di vista eccellente. Durante il 7.° mese di gravidanza essa perdette tutto ad un tratto l'uso dell'occhio destro; un salasso ed un regime severo migliorarono un pò lo stato di quest'organo, ma la lettura riesciva impossibile. Al tempo di un'altra gravidanza anche l'occhio sinistro fu colpito all'istessa maniera, la vista ritornò anche questa volta ma incompletamente, e fu allora, che il *Desmarres* richiesto de' suoi consigli ebbe occasione di constatare nelle due retine di quella donna le traccie di larghi focolai apoplettici, diverse chiazze cioè ove eranvi accumulamenti di pigmento, ed ove questo mancava del tutto, ed oltre a ciò delle lunghe striscie essudative.

Nelle gravide più spesso che l'amaurosi completa, si osserva una semplice diminuzione della vista o piuttosto l'apparizione di una o più macchie nere nel campo visuale che sono anch' esse sintomatiche di apoplessie parziali della retina.

Quanto all'eclampsia, che si manifesta in alcune gravide talvolta da sola, tal' altra associata all' amaurosi, se ne attribuì la causa prossima da alcuni ad una congestione encefalica o ad un disordine del cervello sviluppatosi sotto l'impero della condizione puerperale, da altri ad un patimento del *gran simpatico* e dei plessi nervosi in relazione con esso, condizioni queste che sono favorite dalla straordinaria sensibilità ed irritabilità propria delle donne partorienti, la quale viene ad aumentarsi per gli sforzi a cui si abbandonano per espellere il feto.

Il dott. *Pingault* ritiene che agli spasmi eclampsici, sian più che mai disposte le femmine robuste, ben costituite, sanguigne, e che non furono mai indebolite da al-

cuna malattia anteriormente al parto. Egli vide sovente l'*eclampsia* in donne che presentavano le estremità inferiori edematose, circostanza che dipende il più delle volte da un ostacolo nella circolazione capace di occasionare uno stato pletorico del cervello.

Il dott. *Cazeaux* scrisse che nelle donne affette da eclampsia si osserva quasi costantemente l'albumina nelle orine, d'onde ne inferiva dovervi essere un certo rapporto di causalità fra l'albuminuria e l'eclampsia. Le molte osservazioni però che si fecero in contrario a questo fatto, provarono essere esagerata, se non gratuita, l'asserzione dell'illustre ostetrico francese.

Da quanto abbiamo brevemente riferito intorno all'amaurosi delle gravide ed all'eclampsia che talvolta le si associa, risulta che nè questa nè quella dipendono sempre da una causa sola, ma che i singoli casi vogliono essere attentamente analizzati onde si possa convenientemente valutarne la peculiare condizione patologica e trarne ammaestramento per la cura da istituirsi.

Osservazione 15.ª — *Amaurosi doppia da retino-coroideite essudativa in donna gestante affetta da eclampsia.* — 5 settembre 1858. — Maria Malvezzi, contadina di Caravaggio, d'anni 24, d'abito linfatico eretistico, mestruata regolarmente fin dai 17 anni, superò il vajuolo a 14 anni, più tardi ebbe una grave colica e andò soggetta a ripetute emicranie. Nel 1856 durante il primo puerperio avendo voluto, benchè debole assai e scarsa di latte, nutrire il proprio bambino per circa un mese, venne presa da cefalea molestissima che durò 20 giorni accompagnata da considerevole offuscamento di vista non che da malessere generale, anoressia, dolore alle reni, edema agli arti inferiori, e frequente bisogno di emettere le orine. Tali disturbi si dissiparono spontaneamente col semplice riposo del letto, ed anche la vista dopo un mese erasi ristabilita come allo stato normale. La seconda gravidanza fu buona fino al 5.° mese, e verso il 6.° cominciò a soffrire dolor quasi continuo alla tempia destra, vomito al mattino, insonnia, inquietudine generale e dolore alle reni. Due salassi non val-

sero a calmare codesti disturbi, chè anzi le si aggiunse oppressione epigastrica, stiramenti alla nuca, pulsazione alle tempia, balordaggine, battiti come di martello nelle orecchie, confusione di idee quasi fosse in subdelirio. Aveva inoltre vista di spettri, di immagini strane di persone, di case e di altri oggetti, e tutto le parea dovesse cadere adosso a lei; sudava abbondantemente senza accorgersi di febbre gagliarda ed emetteva orine più abbondanti dell'ordinario. Infine verso gli ultimi 15 giorni di gravidanza ebbe decisi insulti di eclampsia, che si ripeterono più volte anche dopo il parto avvenuto addì 20 dello scorso agosto. In seguito ai primi accessi di eclampsia, e mentre persistevano tutti gli altri sintomi sopracitati, subordinati probabilmente al fomite miliaroso, s'accorse di offuscamento di vista in ambo gli occhi, il quale nel destro crebbe sì rapidamente che all'8.° giorno questo era perfettamente amaurotico. L'occhio sinistro non divenne amaurotico che in seguito ad un'esacerbazione di cefalea insorta il 2 settembre, vale a dire in dodicesima giornata dopo il parto. In questa circostanza la paziente ebbe vista di scintille, di stellette in ambo gli occhi, la quale sensazione si ripetè per due o tre volte solamente. Avvenuta la perfetta cecità nell'occhio sinistro, essa cominciò a distinguere col destro la luce dalle tenebre e le ombre degli oggetti grossolani. Mentre ripetevansi gli accessi di eclampsia, partorì decorrendo appena l'8.° mese di gestazione. Al momento in cui fu da noi esaminata presentavasi pallida ed emaciata assai, prostrata di forze all'estremo: accusava fame vorace, sete viva, avea orine abbondanti ma senza alcuna traccia d'albumina, offriva il petto coperto di bolle miliari, il cuore valido e concitato con suoni chiari ed estesi, il respiro libero, non dolori nè al capo nè agli occhi: dilatate ed immobili osservavansi le pupille, ed aboliti i fosfeni — l'occhio sinistro era perfettamente amaurotico, col destro distingueva la luce dalle tenebre e le ombre delle persone; ma anche per avere queste percezioni dirigeva il bulbo in basso, come se vedesse colla sola parte inferiore della retina.

Esame oltalmoscopico. — Occhio sinistro. — (*Midriasi spontanea*). *Papilla piccola a margini suffusi ombreggiati*, *non se ne possono distinguere i disegni* pel velamento *bigio* che li copre. — La *retina* nel suo complesso dà un *riflesso bigio-piombino* simile a quello che eclissa la papilla — le *arterie esilissime* comin-

ciano ad apparire non nel punto di loro normale emergenza, ma soltanto alla *periferia della papilla;* e *sulla retina* quasi *non* si *vedono* perchè *velate* dal *fino essudato* che la infiltra. — Le *vene* sono *gonfie* assai, *quà* e *là gozzute* e tengono un *andamento serpentino* — il sangue in esse contenuto appare di un rosso assai cupo.

Oltre al riflesso bigio della retina si vedono *sulla metà interna* di essa *molte piccole macchiette* di forma *elittica*, alcune delle quali hanno un color *cinerino* più saturo di quello che presenta il resto della retina, altre un color *bianco sporco.* — *Al di là* di queste opacità che appartengono incontestabilmente alla retina si *possono* ancora *distinguere molto appariscenti, turgidi* e di un *rosso* assai *oscuro* i *vasi coroideali,* e fra le maglie della rete formata da essi il pigmento. — In corrispondenza poi della *macula lutea* vi ha una larga *chiazza reticolata* le cui *areole* sono di colore *bianco splendente* e gli *interstizj* di color *tabaccino* — ivi cioè non si osserva nè il colore nè la tessitura dei vasi coroideali, ma è denudata la sclerotica per cui la si vede trasparire negli interstizii lasciati dal pigmento coroideale disorganizzato e scomposto. *Oltre* poi a questa *chiazza principale*, si notano qua e là *molte* altre *chiazzette* e punteggiature che hanno diversa dimensione ma le stesse apparenze, ed *abbondano* in corrispondenza alla *metà interna* della *retina*, mentre se ne riscontrano *poche sotto* la *metà esterna.*

Nell'occhio sinistro. — Si distinguon meglio i disegni della papilla — è *meno saturo* il *riflesso bigio della retina*, un pò *meno ampia la chiazza* sottoposta alla *macula lutea.* Del *resto* si rimarcan *le stesse condizioni* dell' *altro occhio.*

Paralello fra i sintomi funzionali ed i segni oftalmoscopici. — Nel caso presente le alterazioni riconosciute nella retina e nella coroidea rivelano palesemente che l'amaurosi tiene in ambedue gli occhi ad una pregressa retino-coroideite che si manifestò sotto alla congestione meningo-cerebrale che accompagnava l'eclampsia. — Il riflesso bigio chiaro della retina esteso a tutta la sua superficie si deve ad un essudato plastico interstiziale — la stessa espressione hanno le macchie bianche e cinerine che si trovan sparse su di essa — la chiazza reticolata che appare in corrispondenza della macula lutea, come anche le altre più piccole che trovansi

disposte al di sotto della restante retina, non sono altro che denudamenti parziali della sclerotica avvenuti per versamenti sierosi, che trapelarono quasi a goccie dalla coroidea infiammata, spostando e macerando parzialmente il pigmento ed anche il di lei stesso tessuto. Il grado minore delle alterazioni rilevate nell'occhio sinistro spiega benissimo perchè con esso l'ammalata avesse qualche percezione.

Nel caso attuale incliniamo a ritenere la coroido-retinite come un'irradiazione della congestione o flogosi meningea, che si destò assai probabilmente sotto all'influenza del fomite migliaroso, e che si manifestò con segni al certo non equivoci.

L'ammalata venne ricoverata nella nostra sala ottalmica dell'ospedale Fate-bene-sorelle. — Dietro una cura ricostituente ella ha già acquistato vigore nelle forze e riordinamento delle principali funzioni. Quanto alla vista finora si è ottenuto un leggerissimo vantaggio, ma pur sufficiente a darci lusinga di qualche buon risultato.

Spiegazione delle figure.

Tav. IV.ª, Fig. VI.ª Fondo oculare destro ad immagine capovolta, rappresentante un' area peripapillare di color bianco gialliccio splendente, che costituisce il così detto stafiloma posteriore della sclerotica (*ectasia della sclerotica*) veduto attraverso la retina, ancora bastantemente trasparente in questo caso. L'anello maggiore di punteggiatura cinerea che si apre a destra ed un pò in alto, è pigmento coroideale che fissa in gran parte i confini della papilla, e si confonde coll'essudato retinico che si prolunga dalla zonula nervea sulla retina. Il circolo minore di punteggiatura cinerea, esso pure di pigmento coroideale, fu un pò esagerato per segnare il punto lucido del nervo ottico ricoperto dall'essudato. I vasi coronarii della retina sono quivi rappresentati da tre soli tronchi, due superiori ed uno inferiore, che partono dall'anello cinereo maggiore e si distribuiscono in forma dicotoma.

Tav. IV.ª, Fig. VII.ª Immagine capovolta della retina destra ammalata, nel soggetto della 14.ª osservazione.

Papilla ottica demarcata da punteggiatura cinerea coroideale. Vasi emergenti venosi ed arteriosi, fra loro distinti per colorito. Le macchie rossigne isolate che si vedono in alto, in basso, ed a

destra della papilla sono focolai di emorragie avvenute nella retina.

Le altre che hanno un colorito gialliccio pallido, e sono sparse qua e là nei due terzi della retina a destra, sono nuclei essudativi. Tutto il fondo oculare appare assai pallido per essere la retina quasi uniformemente cospersa di linfa. *(Continua)*.

Correzione *dell' esame ottalmoscopico corrispondente alla Fig. VI.* (*Vedi pag.* 9).

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — (Vedi Fig. VI.a). Mezzi trasparenti normali. — La *papilla*, un po' più piccola dell'ordinario, appare circondata da un'*area circolare gialliccia splendente* (*ectasia della sclerotica*). All' interno di quest' area si osservano *due dischi concentrici bianco-giallicci* (essudati), demarcati da *due anelli* costituiti da finissima punteggiatura cinerea. L'*anello periferico* si apre e si continua nella sua parte superiore ed esterna, in una *larga striscia, simile ad una coda di cometa*, pel tratto di tre o quattro linee, terminando in un altro *circolo gialliccio* di grandezza un pò maggiore della papilla. I vasi coronarii non compajono alla vista che alla periferia della papilla, e da questo punto fino alla loro origine sono perfettamente invisibili, perchè ricoperti dall' essudato, il quale riveste la parte trasparente del nervo ottico e si prolunga per un certo tratto sulla porzione anzidetta della retina. I vasi coronarii sono dappertutto sottili, e le vene non si possono distinguere dalle arterie.

Errata-Corrige

Alla spiegazione delle figure contenute nel precedente fascicolo.

ERRORI.	CORREZIONI.
Tav. I.a Fig. I.a — La macula lutea è situata al lato destro.	Tav. I.a Fig. I.a — La macula lutea è situata al lato sinistro.
Tav. II.a Fig. II.a — Retina destra veduta ad immagine capovolta.	Tav. II.a Fig. II.a — Retina destra veduta ad immagine non capovolta.
Tav. II.a Fig. III.a — ..... L'emisfero destro corrispondente.	Tav. II.a Fig. III.a — ..... L'emisfero sinistro corrispondente.

Dell' iodio e della tintura jodata nella cura degli ascessi; *del dott.* **A. REZZONICO**, *chirurgo assistente presso l' Ospedale Maggiore di Milano. — Letto nella seduta mensile del 12 luglio* 1838.

Non appena *Courtois* comunicò all'Accademia di Francia la scoperta dell' iodio nella soda di Varec, tutti i chimici di quell' epoca ne fecero oggetto dei loro studj, e le loro indagini e pratiche osservazioni furono colle più nobili gare rivolte a questo nuovo metalloide, sia per migliorarne i processi di estrazione, sia per conoscerne le varie combinazioni, sia per rendere di pubblica utilità la invenzione di nuove sorgenti che lo contenevano.

Ed è appunto devoluto alla maestra tra le scienze naturali, la chimica, se la suppellettile farmaceutica venne arricchita di questo potente ausiliario, giacchè i medici pensando che a caso non poteva esistere sul nostro globo tanto diffuso un corpo ormai conosciuto, fornito di proprietà particolari, furono incoraggiati rivolgere a mezzo curativo l'iodio e i suoi preparati.

L'onore primo di tale applicazione devesi al sig. *Coindet*, medico ginevrino, il quale, considerando il vantaggio che si ritraeva dall'uso delle spugne marine e da certi fuchi in alcune malattie della glandola tiroidea, ed attribuendo tali vantaggi alla presenza dell' iodio che quelle sostanze contengono, vagheggiò l' idea d' impiegare il metalloide testè scoperto nelle malattie di questa glandola. I felici successi ottenuti dai tentativi del sig. *Coindet* trovarono piena conferma nelle esperienze del nostro *Brera*, e da questo punto anche gli oppositori delle novità, contrarj per ciò solo che loro troppo costa l' allontanarsi dai precetti delle vecchie scuole, ed i comodi ottimisti, si dichiararono in favore del nuovo mezzo terapeutico.

E così la chimica e la medicina procedettero di pari

passo, la prima coll'indagare l'azione intima e molecolare dell'iodio, la seconda studiando gli effetti della sua applicazione sul nostro organismo. Mentre il chimico scopriva l'iodio in tutte le acque della terra, ne determinava l'abbondanza assoluta nelle così dette *acque ferruginose*, la scarsezza nelle *magnesiache* e *calcaree*, ed in quelle originate dal dighiacciamento delle nevi, e *Chatin* giungeva a provare il predominio dell' iodio su tutti i corpi del nostro pianeta e perfino nell'aria che respiriamo, — proseguendo le ricerche sui fatti acquistati alla scienza per opera di un italiano, il professore *Cantù* di Torino — il medico estendeva l' uso di questo agente ad una schiera sempre più numerosa di malattie, ne riconosceva la presenza in una data quantità, necessaria al perfetto e fisiologico mantenersi della vita, e così rinveniva signoreggiare la scrofola là dove scarseggia l' iodio, e da qui il corollario d' amministrarlo quale rimedio antiscrofoloso. La potente azione risolvente di questo farmaco, la prontezza del suo assorbimento e la sua influenza sulla nutrizione, risvegliarono ben anco la quistione della sua utilità nella sifilide costituzionale, ed ecco *Vallace* risolvere il problema col porgere un elenco di 142 malati di sifilide costituzionale guariti coll'ioduro di potassio. *Trousseau* e *Ricord* tornarono su questo tema, e le loro esperienze intraprese su una scala più ampia di osservazioni, contribuirono a spargere nuova luce intorno a tale argomento, e corroborare di maggiori dati positivi gli iniziamenti del medico di Dublino.

Senza qui tracciare una monografia dell' iodio e senza passare in rivista tutte le sue applicazioni, ho accennato alle due principali, e queste mi guidano a far parola d'una quistione che da anni agitata, provocò non ha guari animate discussioni in seno all'Accademia di medicina di Parigi, voglio dire dell' uso delle injezioni jodate, delle cui applicazioni e dei cui brillanti successi la scienza e l' umanità vanno debitrici ai cultori della medicina operativa moderna.

Per raccogliere in brevi cenni le fasi cui soggiacque questo preparato farmaceutico, è d'uopo ricorrere alla storia della medicina, e ricordare gli sforzi e gli studj dei nostri predecessori, i quali seppero trarne le prime applicazioni, che a noi legate in eredità e proseguite coll' imparzialità ed energia dei moderni, fecero collocare la tintura di iodio tra i farmaci salutari veramente degni d'un tale attributo.

Fedele alla storia, ricorderò che fino dai primi tempi in cui la tintura di iodio comparve sull' orizzonte terapeutico, trovò in *Thompson* un caldo fautore. Costui ne tentò l'applicazione contro l'idrope ovarica, pensando attivare l'assorbimento della raccolta sierosa e promuovere il raggrinzamento dell' inviluppo fibroso della cisti: egli combinava la propinazione di un grammo di tintura di iodio internamente alle frizioni esterne continuate per molto tempo; trattati con questo metodo, narra cinque casi di idrope dell'ovaja, di cui tre coronati da felice successo. In buona fede voglio credere alle luminose guarigioni ottenute da *Thompson*; esso avrebbe reso un immenso servigio all' umanità offrendoci un metodo affatto innocente, e, secondo lui, delle migliori lusinghe in una malattia fino allora creduta superiore ai mezzi dell'arte. Era però desiderabile che un tale trattamento venisse continuato, ma la storia non ce ne registra altri esempi e non espone i motivi di questa trascuratezza, tanto più condannabile in vista dei successi ottenuti da *Thompson*, fino a che *Ricord* pensò alla sua volta trar profitto dall' applicazione esterna della tintura di iodio impiegandola contro l' idrope della vaginale del testicolo. Questa applicazione è tutta basata sulla facoltà eminentemente risolutiva dell' iodio e consiste nella semplice sovrapposizione di bagnoli di tintura allungata coll' acqua sullo scroto. Effetti di questa applicazione sono: un calore assai vivo provato dal paziente alla località, l'annerire della pelle dello scroto senza produrre escare o vescicole, ed il de-

squamarsi dell' epidermide, lasciando a nudo una superficie rossa, da cui esala continuamente un umore untuoso: col crescere di questa esalazione si osservò diminuire proporzionalmente la raccolta sierosa della vaginale. Secondo *Ricord* questo semplice trattamento va continuato oltre un mese, tempo necessario alla completa guarigione dell' idrocele.

Ma come succede d' ogni rimedio, che dalla ritrosia o languida indifferenza nell' impiegarlo, si arrivi in medicina alla fantastica apoteosi, così avvenne anche della tintura di iodio, e *Trousseau*, mentre con una mirabile ingenuità non esita narrarci di asciti, di idrotoraci ed idropericardii trattati colle frizioni di tintura jodata, ci ha lasciati ancora nel desiderio di conoscere gli effetti di questo mezzo curativo usato contro le idropi sopra citate.

L' applicazione però che veramente valse a far salire in tanto credito quest' agente terapeutico, è affatto chirurgica, voglio dire, la sua injezione nelle cavità sì naturali che abnormi del corpo umano ad uno scopo curativo.

La dottrina delle injezioni jodate riconosce a capo il sig. *Velpeau*, che pel primo concepì l' idea di sostituirle a quelle del vino già in uso nella cura radicale dell'idrocele, ed appagato dai suoi tentativi, pochi anni dappoi rendeva di pubblica ragione il frutto dei suoi studj negli Annali di chirurgia francese con queste conclusioni: che la tintura di iodio provoca a preferenza di ogni altro liquido l' infiammazione adesiva della tonica vaginale; che questa tintura espone molto meno che il vino all'infiammazione purulenta; e che finalmente favorisce la risoluzione degli ingorghi semplici complicanti l' idrocele. Incoraggiato dai felici risultamenti ottenuti nella cura di quest'idrope, e maggiormente persuaso dalla qualità d'infiammazione che poteva suscitare la tintura di iodio spinta nelle cavità, volle estendere i suoi tentativi su di una scala più ampia di osservazioni, e le cavità chiuse sì naturali che abnormi contenenti sierosità, fu-

rono novella meta prefissa ai suoi studj, non esitando qualche volta a portare la tintura di iodio nella sinoviale del ginocchio, e nel sacco erniario comunicante col peritoneo. La miscela da lui impiegata era di due parti d'acqua ed una di tintura. Contemporaneamente a *Velpeau* il sig. *Boinet* intraprendeva gli stessi studj e le stesse esperienze, raccoglieva una serie di fatti, instituiva speciali rapporti di confronto, e pubblicava un grosso volume intitolato « Jodoterapia », prima opera che, veramente degna di tal nome, trattasse delle injezioni jodate, procurando all'Autore l'onore di connettere il proprio nome al metodo in discorso. Costui volle allargare ancor più l'uso della tintura di iodio, aggiungendo alle cavità chiuse contro cui si impiegava altre cavità patologiche, cioè gli ascessi freddi ribelli ad ogni altro trattamento.

Il primo caso d'ascesso freddo trattato dal *Boinet* colla tintura di iodio, venne presentato da un giovane di 27 anni, di robusta costituzione, nel quale in seguito ad un bubbone venereo, sebbene convenientemente trattato, si manifestò un vasto ascesso iliaco, che ribelle ai mezzi soliti, ad injezioni ammollienti e detersive, il sig. *Boinet* pensò combattere colle injezioni jodate. Dubbioso dell'esito, volle condividere l'opinione sua con quella dei signori *Roux*, *Sanson* e *Bérard*, del consulto dei quali non appagato, si espose da solo a sostenere la responsabilità della riuscita qualunque si fosse, ed esperite tutte le indicazioni volute dal caso, si prestò coraggioso all' opera. La soluzione da lui impiegata era di 8 grammi di tintura e 90 d'acqua. L'injezione venne interrotta a metà dalla presenza di un dolore acuto lancinante lombare accusato dal paziente: dopo due giorni comparve una febbre intensa, contro la quale bastarono la quiete assoluta, il regime negativo e le bevande ghiacciate; alla dodicesima giornata l' ascesso era completamente chiuso per mai più riaprirsi.

È a questo stesso sig. *Boinet* che l'umanità e la scienza vanno debitrici d' un altro eminente servizio; è devoluto

alla sua attività, al suo zelo instancabile per la chirurgia, se l' idrope dell' ovaja non è più ritenuta superiore ai soccorsi dell' arte, e se le miseri colpite da questa malattia non sono più condannate ad una morte sicura, o ad una operazione assai dolorosa che ne accelerava il compassionevol fine. Tale quistione a cui già accennava il professore *Velpeau* nell'Accademia di medicina di Parigi fino dal 1846, venne oggidì dettagliatamente e calorosamente trattata dalla medesima, versando le discussioni principali sulla durata della malattia, sulla sua gravezza e sui diversi valori dei metodi curativi fino ad ora impiegati. Lo scioglimento di tali importanti questioni venne da *Velpeau* raggruppato nei seguenti corollarj:

Che non è possibile precisare i termini estremi della durata dell' idrope dell'ovaja, pel modo subdolo d' invasione.

Che verificata la presenza dell' idrope ovarica, talvolta venne osservata una straordinaria rapidità nel suo decorso, tal' altra una lentezza ed una stazionarietà tale da mantenersi per più anni affatto innocua all'organismo.

Che abbandonata a sè, l'esito è sempre la morte, eccetto qualche raro caso di crepatura, essendo ancora incipiente e piccolissima la raccolta; mentre, se abbondante, la morte è inevitabile.

Che per la cura nullo è il trattamento farmaceutico, ma indispensabile il giudicio e la mano del chirurgo.

Che la puntura non è che un palliativo, e non bisogna ricorrervi se non se per neccessità e con circonspezione.

Che l'estirpazione per la sua gravezza è da proscriversi.

Che, finalmente, l'unico trattamento capace di una cura radicale è la injezione jodata. — Aggiunge però ad onore del vero che l' idea delle injezioni nella cisti ovarica non è tutto vanto dei nostri giorni, ma che tentate già sul finire dello scorso secolo, venivano tosto abbandonate come pericolose e mortali, conseguenza ripetibile, secondo lui, dalla

qualità delle sostanze injettate troppo irritanti, e che gli studj recenti sulla tintura di iodio, le osservazioni cliniche ed i reperti anatomo-patologici posero a disposizione del chirurgo un mezzo terapeutico della più alta importanza, e di cui la medicina operatoria può andare superba.

Anche in questo nostro ospitale due casi di idropi dell' ovaja vennero trattati felicemente colle injezioni jodiche. Speriamo che il sig. Curante a cui vennero affidate quelle due inferme vorrà regalarci in una di queste sedute la lettura delle dettagliate storie.

Quasi nello stesso tempo che l' idrope dell' ovaja per mezzo dei signori *Boinet* e *Velpeau* veniva collocata fra le malattie suscettibili di guarigioni, un nostro italiano, il dott. *Borelli* di Torino, ardiva pel primo di spingere la tintura jodata negli ascessi sintomatici di carie dello scheletro. Il suo ardire corrispose all'aspettazione, ed il dott. *Borelli* ebbe la compiacenza di rendere all'umanità un nuovo segnalato servigio. L'esito felice ottenuto dal nostro connazionale in questa infermità mediante le injezioni jodate, venne anche fra noi non ha guari confermato su due donne affette da ascessi da carie delle vertebre in una, e della cresta dell'ileo nell'altra, curate dall'egregio sig. cavaliere dott. *Carlo Taramelli* chirurgo-primario, alla cui gentilezza e cordialità debbo la compiacenza di qui ripotarne le storie.

Osservazione 1.ª — La mattina del giorno 5 febbrajo dello scorso anno, veniva accolta in questo spedale, nella Sala Annunciata, la contadina Bellesio Rachele, d'anni 21, di Musocco nel contado milanese. Discendente da parenti scrofolosi, ereditava il germe di questa multiforme malattia che fin da bambina la ingiuriò e la maltrattò variamente con ottalmie, adeniti, erpeti, gastroenteriti con diarrea. Tarda nella comparsa dei suoi tributi mensili, n' era irregolarmente visitata, e da un anno circa questa funzione uterina erasi sospesa. La malattia per cui ricorreva al Pio Luogo esisteva da sei mesi, ed aveva incominciato con un dolore muto, profondo, senza causa nota, in corrispondenza delle verte-

bre lombari, guadagnante a poco a poco la regione lombare destra, indi la iliaca corrispondente, non che la parte anteriore superiore ed interna della coscia dello stesso lato. Poco dopo la comparsa del dolore lombare, la paziente accusava torpore e formicolio alle estremità inferiori, per cui le tornava incresciosa la stazione eretta, pesante e molesto l'incesso. Passati circa due mesi, compagno al dolore si associò un senso di pienezza alla regione iliaca destra accusato dalla malata e poi percettibile al tatto ed alla vista; questa intumescenza andò gradatamente aumentando in modo, da costituire un vero rialzo, che riempiva tutto il cavo della regione iliaca; alla comparsa del tumore diminuirono il torpore ed il formicolio agli arti inferiori. Ai sintomi locali non mancarono d'aggiungersi disturbi da parte dell'apparato intestinate e reazione febbrile invadente nelle ore vespertine.

Col tempo la malattia andava facendosi sempre più molesta, e la paziente, viste tornar vane tutte le infallibili panacee delle mammane del suo villaggio, risolse farsi trasportare costì. Al suo ingresso presentava una fisionomia squallida, un abito di corpo denutrito, tutte le mucose appariscenti pallide. Accusava cefalea vespertina, sussurro d'orecchi, respiro pesante, cardiopalmo, doloretti intestinali; sani gli organi del respiro, primo suono del cuore accompagnato da soffio dolce; soffio palese anche alle carotidi.

In corrispondenza dell'ultima vertebra lombare esisteva una piccola piaga sinuosa a bordi rossi e vegetanti, che specillata, metteva capo con un condotto lineare diretto obliquamente in alto all'apofisi transversa della 2.ª vertebra lombare, che era scoperta; da essa gemeva qualche goccia di una marcia molto fluida e di un odore nauseabondo caratteristico della carie delle ossa. Tutta la regione iliaca destra presentava un tumore fluttuante a pelle tesa, lucida, edematosa, ed era sede di un dolore muto, profondo, continuo, esacerbantesi sotto i movimenti della persona. L'arto corrispondente edematoso ed impotente a sorreggere il corpo da questa parte.

Nel secondo giorno del suo ingresso, venne applicato un largo punto di potassa caustica, la cui escara scalfita, ne esciva circa un litro d'una marcia densa, gialliccia ed assai fetente. In seguito

all'apertura dell'ascesso comparve leggier reazione febbrile, vinta colla dieta e colle bevande refrigeranti. In appresso la quantità della marcia era dalle 4 alle 6 oncie ad ogni rinnovarsi di medicazione, la quale praticavasi due volte al giorno, procurando sempre vuotare completamente il sacco marcioso, e coprendo col digestivo spalmato su filaccie la piaga del cauterio, e cogli ammollienti tutta la località, sede dell'ascesso.

Questo stato perdurò circa due mesi, quando assicuratisi nuovamente della buona condizione dei visceri toracici ed addominali, si vollero tentare le injezioni jodate, senza aver molta speranza d'esito felice per la presenza della carie vertebrale, e per la vastità della superficie secernente la marcia. La prima injezione venne praticata sul principio d'aprile; ventiquattro ore dopo, l'ascesso compresso in tutti i sensi non dava goccia di marcia, la quale ricompariva il secondo giorno in dose molto minore del solito, e meno fetente. Nessuna reazione generale susseguì all'injezione; localmente la sensazione provata dalla paziente consistette in un semplice bruciore. Ogni quattro o cinque giorni l'injezione veniva ripetuta aumentando la dose della tintura di circa due grammi per volta, mentre la si era incominciata da sei grammi. Sempre la secrezione della marcia era sospesa nelle ore consecutive alla injezione, per ricomparire 48 ore dopo in naturale diminuzione relativa. All'ottava injezione la capacità dell'ascesso erasi talmente ristretta da non trattenere che poca dose di tintura; colla decima non escivano che poche goccie di marcia, colla dodicesima la secrezione della marcia era affatto cessata.

In proporzione della diminuzione della marcia, la paziente migliorava d'aspetto, appetiva maggiormente e le digestioni succedevano con maggior facilità. Unitamente alla cura locale la paziente veniva sottoposta ad un trattamento ferruginoso coadjuvato da un vitto corroborante. Chiuso l'ascesso all'inguine, anche il seno fistoloso, sito in corrispondenza delle vertebre lombari, andò a poco a poco restringendosi fino a chiusura completa. Così dopo un anno di malattia la Bellesio potè dirsi perfettamente ristabilita, e col 26 luglio si restituiva in famiglia.

Osservazione 2.ª — Il secondo caso di ascesso da carie guarito colla tintura di iodio ci è presentato da una contadina d'an-

ni 25, di Lonato Pozzolo, robusta, senza malattie pregresse e senza germi morbosi di eredità. Maritata da un anno circa, ne conseguiva una gravidanza poco felice, giacchè fu appunto dai primi mesi di questa, che esordì la malattia, per la quale il 28 febbrajo corrente anno ricoverava allo spedale. Affatto fisiologico fu il parto, e la Pastorelli diveniva madre d'un vispo e robusto bambino. Al suo ingresso la malattia datava da 7 mesi, ed aveva incominciato con un dolore acuto in corrispondenza della fossa iliaca destra, e cresta anteriore superiore dell' ileo dello stesso lato, che poscia si diramò al pube, ed alla parte superiore anteriore della coscia corrispondente; in seguito si manifestò un tumore, la cui comparsa fu contrassegnata da diminuzione del dolore stesso. La cura a domicilio fu affatto aspettativa, pel timore nella donna di disturbare la gestazione, e più ancora nella tranquilla certezza che a parto effettuato svanissero anche quei patimenti. All' esame si trovò una donna che offriva l'impronta di lunghe sofferenze, pallida e dimagrata; sani i visceri toracici ed addominali; presentava un tumore obliquo esteso dalla cresta dell' ileo destro al pube, ed un secondo tumore al di sotto tra l'arco del poparzio e la piegatura della coscia; ambidue dolenti, fluttuanti, a tegumenti naturali, ingrossanti a posizione eretta, diminuenti nella supina, comunicanti tra loro. Nel secondo giorno di degenza della malattia, s' applicò un punto di potassa sulla parte prominente di ciascun tumore; l'escare incise diedero esito a circa $^1/_2$ litro di fetentissima marcia, e l' esplorazione constatò la comunicazione fra i due tumori, e la scopertura della cresta anteriore superiore dell' ileo sinistro per circa $^1/_2$ pollice. La cura consecutiva consistette nella introduzione d'una sindone fino a ridosso dell'osso scoperto, nell'applicazione dell' unguento digestivo spalmato su filacce, e nella solita sovrapposizione di cataplasmi emollienti. Questa medicazione metodica venne protratta fino al principio d'aprile, senza manifesto vantaggio, conservandosi eguale la quantità della marcia (circa 5 oncie al giorno), e mantenendo i suoi caratteri di cattiva qualità. La cauterizzazione colla pietra infernale sulla superficie interna dell'ascesso, e la compressione, continuate circa un mese, non diedero risultati molto migliori. Col giorno 4 maggio si passò all' injezione della tintura di iodio nella dose di 4 grammi in 2 oncie d'acqua. – Il giorno appresso al rinnovarsi della medica-

zione si riscontrò una notevole diminuzione nella raccolta della marcia: nessuna reazione, sì generale che locale, tenne dietro all'injezione. Nelle injezioni successive si aumentò la dose della tintura ad un'oncia, e mano mano la marcia si riduceva sempre più nella sua quantità. Colla metà di maggio la paziente aveva migliorato anche nel generale. Verso il 20 non si raccoglieva più goccia di marcia; l'osso ileo si era ricoperto, la cavità dell'ascesso era ridotta ad un piccolo seno. In questo stato la paziente, aderendo alle replicate inchieste dei parenti, abbandonò l'ospitale sul finire del maggio.

Queste due storie le trovai meritevoli d' esser riferite per l' utilità pratica che ci presentano, confermando il vantaggio dell' injezione della tintura di iodio negli ascessi sintomatici da carie delle ossa, la sua innocenza a contatto d'una vasta superficie piogenica e l'azione benefica del suo assorbimento, trattandosi d' una malattia subordinata alla diatesi scrofolosa. Ciò che ancora resta a sapersi, è il come succeda la guarigione dietro l'injezione jodata; giacchè tutte le teorie immaginate dai patologi, per quanto belle ed ingegnose, ci lasciano ancor molto a desiderare. E mentre è duopo ammettere il fatto della guarigione, perchè l'osservazione tuttodì ce lo mostra, manchiamo ancora di quelle nozioni capaci di rendere a noi stessi una spiegazione plausibile sul vero *modus agendi* di questo mezzo terapeutico applicato ad una membrana piogenica.

Avvi chi opina sia effetto d' una infiammazione speciale suscitata sulle pareti del sacco secernenti la marcia; chi d'uno stato infiammatorio del cellulare circostante che, ingorgato, spinga le pareti dell' ascesso a contatto tra loro, le quali poi aderiscono per l'intermezzo di linfa plastica; altri finalmente dell' azione caustica ed astringente dell'iodio.

Nelle nostre pazienti abbiamo osservato tener dietro all'injezione una moderata sensazione di bruciore, una sospensione o notevole diminuzione della secrezione della marcia nelle prime ore consecutive all' injezione, e la mancanza

assoluta di reazione sì locale che generale. Questa maniera di comportarsi della tintura di iodio negli ascessi parmi non sia consentaneo all'ipotesi che ammette lo sviluppo d'una infiammazione, sia della membrana piogenica, sia del tessuto cellulare circostante, richiedendosi uno stimolo più attivo per lo sviluppo d'una infiammazione, e la concomitanza di sintomi più salienti per attestarne la presenza; non compatibile coll'azione caustica, perchè impossibile che la tintura di iodio produca sulle pareti dell'ascesso un'escara tale da sospendere la secrezione della marcia, osservando che applicata esternamente sulle piaghe scrofolose non produce alcun velamento escarotico.

Un'opinione più razionale e meglio soddisfacente nel caso nostro, parmi quella di ammettere nell'iodio una proprietà particolare capace di modificare la membrana piogenica, invertendo il processo di secrezione della marcia, cambiando questa da cattiva in buona qualità, il che favorisce poi la formazione dei bottoncini carnei, sui quali la nuova injezione agisce come il tocco di pietra infernale promovendo la cicatrizzazione.

Fin dal 1856 il dott. *Boinet* accennava ad una proprietà speciale dell'iodio, modificatrice delle membrane secernenti, escludendo con ciò l'idea della necessità che la tintura in discorso suscitasse un processo infiammatorio per la guarigione. — La raccolta d'un maggior numero di fatti porrà, speriamo, in condizioni migliori per pronunciare un giudizio forse più attendibile. Intanto noi dobbiamo andarne contenti che la chirurgia abbia arricchita la sua terapia d'un novello rimedio, la cui rinomanza è tutta propria dei nostri giorni.

Monografia delle vertigini e ricerche di fisiologia nevrologica; *del dott.* **FILIPPO LUSSANA.** (*Continuazione della pag.* 382 *del Vol. CLXV, agosto e settembre* 1858).

§ 14.° — È noto dalla anatomia comparata ed umana, come il *cervelletto*, oltre a' suoi *peduncoli medj trasversali* della propria *commissura*, altre due paja ne possegga; — l'uno dei quali volge al basso, per continuarsi col *restiforme* nelle colonne *posteriori* spinali, — e l'altro verge all'avanti, onde passare *sotto alle quadrigemine*, *pei talami ottici*, *al cervello.*

Dei *peduncoli medj* o della *commissura*, fu, quanto basti, discorso nel precedente paragrafo.

I *processi posteriori* del *cervelletto*, appena da lui spiccatisi ed assembrati in due rotondi fasci (*restiformi*) vanno subitamente a rinfondersi cogli elementi *spinali del fascio interno* e coll'assieme delle colonne *posteriori*, ove domina fisiologicamente ed anatomicamente il *complesso elemento sensorio*, 1.° del *tatto cutaneo*, 2.° del *tatto muscolare*, 3.° della forza *eccito-motiva*, e 4.° della *addolorabilità* (queste due ultime spettanti alla provincia *vera-spinale*).

Ogni tentativo fatto su queste parti collo sperimentale coltello, non può non compromettere più o meno in assieme tutti i suddetti quattro elementi funzionali. E precipuamente risaltano e spiccano nei conseguenti fenomeni i *convulsivi*, sotto alla violenza dei quali è giocoforza che quasi rimanga ecclissata irremissibilmente ogni assaggiabile compromissione delle operazioni della *vita psichica* o *di relazione* e dei loro ministri nervosi. Inoltre colà davvicino, e precisamente in fondo alla convergenza dei *restiformi*, risiede quel punto solenne, a cui attaccasi la *centralità spinale* della *funzione respiratoria.*

Adunque i fisiologi sogliono accontentarsi di ritenere e

dire, che i suddetti processi *restiformi altro uso non hanno se non quello di trasmettere all'encefalo le impressioni sensitive*, e che *altro non sono se non se la continuazione diretta dei fasci posteriori della midolla, e sono in rapporto coll'esercizio della sensibilità.*

Così *Longet*, *Béraud*, *Müller.*

Eccoci al nodo gordiano.

Imperciocchè coloro, a cui piacque vedere nel *cervelletto* una funzione *regolante-motrice* e per nulla *sensoria*, favellarono della *sensibilità* dei *processi restiformi* come di *spinale dipendenza*, e chiusero un occhio dissimulatore sulla loro correlativa dipendenza anatomica e funzionale dal *cervelletto.*

Nè altrimenti potevano fare onde stare almeno consentanei al principio, . . . e così lottare contro agli inviti della fisiologica verità, la quale a loro additava perentoriamente la via dei *restiformi entro al cervelletto.*

Ma, se le colonne *posteriori* sono esclusivamente *sensorie*, e se da loro si emanano i *processi posteriori cerebellari*, perchè negare la funzione *sensoria* al *cervelletto?* ... E se degli elementi varj della *sensibilità*, non il *dolore*, non il *tatto cutaneo* competeva per prove sperimentali al *cervelletto*, perchè misconoscervi l'altro importantissimo elemento *sensorio* del *tatto muscolare?* . . . *!*

D'altro canto: — se la funzione del *cervelletto* è la *coordinazione loco-motrice*, e se i peduncoli periferici del *cervelletto* riferisconsi alle colonne *sensorie posteriori*, perchè non ravvisare, che codesta funzione *cerebellosa* della *coordinazione dei moti volontarj* è funzione *sensoria?*

E noi l'abbiamo veduto (§. 11.° — in fine) codesto elemento *sensorio*, dal suo *organo centrale* fino alla sua ultima destinazione delle *radici posteriori vertebrali dei nervi*, presiedere eminentemente alla *regolazione dei moti spontanei.*

Resta adunque a studiarsi attualmente l'intermezzo loro spinale, — fra il *cervelletto* e fra le *radici posteriori* nervose.

I *restiformi*, siccome emanazione *cerebellare* (*processus ad medullam*) producono eglino degli effetti di *squilibrio loco-motivo?* . . .

Gli amici della funzione *motrice cerebellosa* (*coordinazione locomotrice*) dicono: No.

Gli sperimenti? . . . —

Interroghiamoli.

« Tagliando i *peduncoli posteriori del cervelletto*, l'animale rincula: egli fa o tende a fare una serie di tombolamenti all'indietro » (*Flourens*. pag. 488).

« In molti conigli ho ferito i *peduncoli posteriori del cervelletto*; e l'animale si mise a rinculare ». (*Flourens*, pag. 490).

Che è ciò? — Non forse lo stesso dei *turbati movimenti* per lesioni al *cervelletto?* . . . ?

Se ancor nol crediamo, sentite *Flourens*: — « In parecchi conigli ho ferito isolatamente la parte posteriore del *lobo mediano del cervelletto*. Questa parte del *cervelletto* è l'origine dei *peduncoli posteriori*. — Gli animali fanno tostamente una serie di movimenti, come di tomboli all'indietro ».

« Ho ferito in un anitrotto la parte posteriore del *lobo mediano* del *cervelletto*, e l'animale si mise a rinculare ».

« Ho ferito, in diversi piccioni, talor la parte *posteriore* del *lobo medio* del *cervelletto*, talora i *peduncoli che dal cervelletto vanno alla midolla spinale*, e in tutti questi casi l'effetto fu sempre lo stesso: l'animale ha sempre indietreggiato ». (*Flourens*, pag. 490, 491).

E udiamo ancor più circostanziatamente *Rolando*.

Esperienza 40.ª — Capretto: marzo, 1815.

« Dopo aver separato dalle loro inserzioni i muscoli occipitali in un capretto più piccolo, colla punta di un ferro tagliente sono penetrato fino alla metà del quarto ventricolo, ed ho reciso una gran parte del *peduncolo sinistro inferiore* (posteriore nei bruti) del cervelletto.

Forti *convulsioni* si sono manifestate all'istante; l'agitazione sembrava universale, ma nulladimeno si osservava, che maggiormente erano in moto le estremità del destro lato; epperciò di preferenza l'animale *cadeva* e *rotolava sul lato offeso.* Il corpo s'incurvava sul lato opposto: il capo era piegato sul dorso, come se fossero presi da *convulsioni tetaniche.* La *sensibilità* era manifesta dopo tre minuti, poichè *pigiata* con pinze la coscia destra, si *scuoteva* tutto il corpo. » Pag. 128.

Esperienza 41.ª — Anitra: giugno, 1825. (Esperienza di *Rolando*).

« Scoperta una gran parte degli emisferi (cerebrali) e del cervelletto ad un'anitra, colla punta del temperino si è penetrato fino al midollo allungato. Immantinenti successero forti *convulsioni* e gridi stravaganti. Agisce con forza la gamba e l'ala destra: e l'animale si *rotola sempre dal sinistro lato*: *non è possibile farlo voltare sul destro.* Comprimendogli il piede, grida. In questo stato ha vissuto un'ora ed un quarto.

Dopo morte, esaminato il cervello, si è osservato che il midollo allungato era leggermente offeso davanti al peduncolo *sinistro* del cervelletto ». Pag. 129.

Non è chi non ravvisi, qualmente le *convulsioni* indotte dal taglio dei *restiformi*, colà ove si tuffano nella *midolla allungata*, dipendono esclusivamente dalla compromissione della sostanza nervea del sistema *vero-spinale eccito-motivo.*

La *sensibilità*, che *Rolando* dichiara *manifesta* dopo la recisione del *restiforme*, emergeva dai fenomeni del *senso cutaneo* o (meglio) della *addolorabilità* (*pigiando con pinze*, o *comprimendo il piede*).

Ma il *cadere sul lato opposto*, il *rotolarsi* su quello, e *rotolarsi sempre*, e *non essere possibile di far voltare l'animale dall' altro lato*, — sono caratteristicamente ed esclusivamente i fenomeni objetttivi degli *squilibrati moti spontanei* da lesioni del *cervelletto*, da compromissione del *senso muscolare.*

Più al di sotto, gli elementi nervosi del senso *cutaneo muscolare* e della *eccito-motiva addolorabilità* vanno ancor

più rinfusi e commisti nella composizione delle colonne *posteriori*; preparando per tal modo quel provvidenziale risparmio di struttura, che ancor meglio si presenta nella ulteriore composizione dei nervi, il cui complesso di filamenti risulta: 1.° dalle fibre *anteriori motrici*, 2.° *posteriori-sensorie*, e 3.° *addolorabili* ed *eccito-motive*, non che 4.° dalle *ganglioniche*, destinate per una tal data parte; — destinate cioè a portare e consegnare a quella parte tutte le influenze nervose del *senso* (*cutaneo* e *muscolare*), del *moto*, dell'*eccitabilità*, della *nutrizione*, pel mezzo economico del tragitto d'*un solo* tronco nervoso, il quale ebbe originariamente attinte mano mano dalle successive fonti centrali le relative serie di filamenti dai competenti organi delle suddette funzioni.

Ma noi crediamo fermamente, che nella recisione di esse colonne *posteriori* (frammezzo alla soppressione complessiva della *sensibilità*) s'implichi eziandio l'effetto della abolizione del *tatto muscolare*: — e con essa abolizione avvengano quei *difetti locomotivi spontanei*, i quali soli, e non altrimenti, poterono mal consigliare e mal subornare *Bellingeri*, *Meckel*, *Schœps*, *Rolando*, *Calmeil*, *Jobert*, *Magendie*, *Walcker* e tant'altri illustri, ad aggiudicare alle suddette colonne *posteriori* una influenza più o meno pronunciata e varia sui *movimenti*.

Noi non possiamo avanzarci su questo campo, la cui estensione e contestabilità renderebbe temerarie le poche nostre parole, che ne libassero gratuitamente gli orli.

Intanto è certo che: 1.° il taglio dei *peduncoli posteriori* del *cervelletto* adduce sulle membra gli identici effetti dei *disordini locomotivi*, cui la esportazione dell'*organo centrale* cerebelloso:

2.° che operando in confluenza di essi *peduncoli* cogli elementi *spinali*, svolgonsi veramente i fenomeni *eccito-motivi* di questi, ma non mancano pure i fenomeni di quelli:

3.° che quindi dal fascio complessivo *spinale-posteriore*

ove si governa e si trasmette la complicata funzione della *sensibilità* (*contatto, senso* della *temperatura*; senso dalla *pressione*; *addolorabilità*) spunta un pajo di fascicoli speciali (*processus cerebelli ad medullam*), i quali sono ministri esclusivamente del *tatto muscolare* e che si gettano nel *cervelletto.*

4.° Che finalmente codesti *processi cerebellari posteriori*, attraversano i molteplici elementi nervosi delle colonne *posteriori spinali*, colle quali camminano e da cui si spiccano colle *radici posteriori*, onde arrecarsi e scompartirsi pei muscoli ed a loro donare il senso.

§ 15.° — Schiavi ancora del preopinio, il quale doveva escludere il *cervelletto* dalla *influenza sensitiva*, i *peduncoli anteriori* di questo organo (*processus ad testes*), al pari che i *posteriori*, addivennero null' altro se non il *prolungamento dei fasci posteriori* (così per *Longet*, *Müller*, *Béraud* ed altri), e non ebbero la concessione d' *altro uso che quello di trasmettere le inpressioni ai gangli encefalici collocati al davanti del cervelletto.*

Ma l' anatomia non ci faceva ella vedere irrecusabilmente, che i detti *peduncoli* emanano dall' interno *corpo romboidale* del *cervelletto*? . . . Come dunque negare la potenza *sensitiva* a questo? . . . O (se la funzione *cerebellosa* sta nella *coordinazione motrice*) come rifiutare ai *processi cerebellosi anteriori* la influenza *regolatrice* sui *movimenti volontarj*? . .

L' anatomia ci doveva far presupporre adunque le evenienze degli *squilibri loco-motivi* sotto alla recisione dei *peduncoli anteriori cerebellosi*: — ma il ragionamento dei fisiologi ha detto di no.

« Leur lésion ne nous a paru pas diminuer l' énergie des mouvements ». (*Longet*).

Appelliamoci al fatto.

Esperienza 42.ª — Coniglio: giugno, 1824. (È di *Rolando*).

« Ho messo a nudo tutto il sinistro emisfero (cerebrale) e parte delle prominenze bigemine. Quindi introdotto fra queste ed il cer-

velletto uno stile a punta tagliente, ho cercato di recidere il peduncolo destro anteriore del cervelletto (processus ad testes). Essendo penetrato dolcemente collo stromento, l'animale non ha dato segno veruno prima che toccasse il suddetto peduncolo. Ma appena è stata offesa questa parte, nel momento si manifestarono le *convulsioni*, l'animale fece alcuni salti, e *sempre cadeva sopra il lato destro*: si agitava in varj sensi, più irritate però sembravano le estremità sinistre; il capo era piegato su questo lato. Cessò di vivere dopo sette minuti.

L'esame del cervello, fatto in seguito, fece vedere una ferita lunga tre linee all'incirca, profonda una soltanto, che occupava trasversalmente tutto l'accennato peduncolo ». (Pag. 128, 129).

Ecco ancora la *caduta dell'animale sul lato offeso*, come per la ablazione d'*un emisfero cerebelloso*, e come per taglio degli altri suoi *processi* (1). Ma eccoci allo stesso tempo ancor quelle violenti *convulsioni*, che avevamo riscontrate sul *corso spinale* dei *processi posteriori*.

Fintantochè la lesione *cerebellosa* si limita alla vera sostanza *cerebellosa*, noi non abbiamo giammai un indizio di *dolore*, giammai di *convulsioni*. Quando nell'operare le sue *gambe antero-posteriori*, lediamo un altro elemento a loro

---

(1) Havvi (a proposito di fenomeni sperimentali di *moto* e di *sensibilità* per le *gambe cerebellari anteriori)* una sì parlante confessione implicita di *Longet*, che noi non ci sentiamo capaci di dissimulare: — « *Il est vrai*, que nous n'avons pu davantage constater une *modification notable de la sensibilité*; ce qui s'explique, sans doute, par la *perturbation générale*, dans la quelle ces expériences jettent les animaux. » — Ad onta della prevenzione propria, onde *Longet* aveva per esclusivamente *sensorie* le *gambe anteriori cerebellose*, egli ne confessava una *non notevole modificazione di sensibilità*,... e invece una *perturbazione generale* (sono *moti incomposti* pel leso elemento *cerebelloso?* — sono *convulsivi*, per offesa d'elemento *spinale?* — o meglio sono fenomeni *misti, cerebello-spinali?*

confuso, *vero-spinale*; in allora risvegliamo le *convulsioni* ed il *dolore*.

Adunque le fibre nervose, ministre di codesti fenomeni *spasmo-dolorifici*, passano dal livello delle *gambe-posteriori cerebellari*, per di *sotto al cervelletto* stesso, non entrando nella sua composizione: — e, in codesto tragitto intermedio dalle *gambe anteriori* alle *posteriori cerebellari*, formano il *pavimento del quarto ventricolo* e lo *strato superiore della eminenza annulare*. Codesto tratto offre eminenti caratteri ed eminenti manifestazioni *eccito-motive* e *ganglioniche spinali*: le *convulsioni*, il *dolore*, le turbe *glucogenetiche* e *glucosuriche*, molte innervazioni *reflesse* dello pneumo-gastrico (fra le quali quel *vomito* caratteristico delle lesioni encefaliche).

Le dette fibre, *vere spinali*, accoppiansi ancora, dopo il tragitto indicato, alle *gambe anteriori cerebellose*.

E dove finiscono le indicate fibre *spinali* del *dolore* e dello *spasmo*?...

Dove finiscono le fibre *cerebellose* del *tatto muscolare*?...

Troveremo queste ultime (fibre *cerebellose* dei *processi anteriori*) nel tributo che ne fanno pei coni *peduncolari* al cervello, là ove nel venturo articolo sarà discorso di codeste parti.

Il limite poi delle fibre *spinali* ce lo ha ben definito *Flourens*, il quale riconobbe che i fenomeni del *dolore* e le *convulsioni*, nelle provocazioni sperimentali, non si estendono più oltre degli *strati inferiori dei talami* o *lobi ottici*. Al di sopra tutto è dominio psicologico della *intelligenza*, della *volontà*, della *sensazione*, nè più vi sorge l'automatico ed irresistibile pungolo dello *spasmo* e del *dolore*, i quali si limitano agli atti ed alle funzioni *reflesse*. L'elemento *spinale* poi spingesi fino a quei limiti, onde mettersi alla portata di concedere le sue emanazioni fibrose a tutti i nervi del *senso* e della *volontà*, e per fornire con tale

promiscua via la sua potenza *eccito-motiva* alle parti corporee innervate.

§ 16.° — L' argomento attualmente discusso della anatomo-fisiologia del *cervelletto* ci guida a discorrere delle emanazioni sue per al Parquinto e per al nervo acustico.

Imperciocchè *Foville* ci descriveva le *espansioni membraniformi-midollari originarie*, cui questi nervi protendono per tutto il di sotto dello *strato corticale* del *cervelletto* e per di sopra a tutto l' intreccio interno *nodo-fibroso* delle tre *gambe cerebellose*.

Toccammo anche noi , nella anatomia comparata , alla derivazione originaria od alla intima relazione di questi nervi col *cervelletto*, nei pesci, nei rettili, negli uccelli.

Siamo tuttavia ben lontani dal ritenere che tutte o che tampoco la maggior parte delle fibre d' essi nervi spettino esclusivamente al *cervelletto*. Ed aderiamo ancora, su questo proposito, a quanto dimostravasi da *Morganti* e da noi sulla molteplice originarietà del grosso tronco del Parquinto dal *cervelletto* e dalle colonne *posteriori spinali*. (Annali univ. di medicina, 1855, luglio).

Ma una innervazione *sensoria* pel *tatto muscolare* deve pur somministrarla il *cervelletto* anche alla faccia. E come vedemmo e sappiamo che le muscolature della faccia e del capo sono fornite di filamenti *sensorj* del parquinto, pei quali filamenti esse muscolature non vengono veramente mosse (*Valentin*), ma senza il magistero dei quali e per la propria lor recisione si lascia andar *vacillante* il capo (1); così coerentemente possiamo riconoscere le corrispettive fibre del *tatto muscolare* tirar la loro origine dalla *espansione membraniforme* (nei mammiferi), dal *lobulo succentoriato* (nei rettili e nei pesci) del *cervelletto*.

---

(1) « Utroque nervo trigemino diviso, animal caput insensibile singulari quâdam ratione vacillans tanquam corpus extraneum præ se fert ». (*Valentin*, De function. nervorum, pag. 22).

§ 17.° — Resta a dirsi delle emanazioni *originarie cerebellose* del nervo acustico.

E qui tosto ci corrono alla mente quelle esperienze singolari, che *Flourens* eseguiva sui *canali semicircolari*, e dalle quali risulta, che

1.° il taglio dei *canali semicircolari* è *doloroso.*

2.° esso distrugge solamente *in parte* l'udito.

3.° produce agitazioni della testa, — in direzione orizzontale per la recisione del canale orizzontale, — in direzione verticale, per quella dei verticali:

4.° la sezione del canale orizzontale è seguita da rotazione e voltolamenti dell'animale *sul lato operato* ;

5.° la sezione del canale verticale inferiore, da tomboli all'indietro;

6.° quella del verticale superiore, da capitomboli all' avanti;

7.° Quando l' animale sta quieto, allora esso tiene piegata la testa verso *al lato operato*;

8.° appena muova il capo, se ne mette in iscena l' oscillazione: — appena muove il corpo, se ne effettuano e se ne moltiplicano gli squilibrj suddescritti della locomozione.

9.° Tali sconcerti sono maggiori sotto la recisione ambilaterale, sono moltiplicati per la recisione dei diversi canali.

Cosiffatte risultanze sperimentali fanno veramente sorpresa (come diceva lo stesso *Flourens*) : — ma fa vieppiù sorpresa il non averli visti ripetersi (per quanto a noi consta) da altri, e il non udire a farsene argomento e discussione dai fisiologi, dopo quasi sei lustri dal loro annuncio.

D'onde codesta inesplicabile ritrosia ?...

Se crediamo alla impressione, che sopra il nostro animo venne fatta dalla prima lettura di quegli sperimenti, confessiamo, che la loro stranezza, e (forse non meno) quella delle spiegazioni adottatene dall'illustre sperimentatore, po-

teron essere la cagione di porci in una tal quale dubbiosa riservatezza...

Ma il nome e la fede di *Flourens* dovevano pe' suoi lettori e pei suoi colleghi, essere altamente superiori a tutte queste meticolosità.

Riferendo esso gli svariati effetti della squilibrata direzione motiva, i quali succedono per la lesione dei *canali semi-circolari*, alle analoghe risultanze ottenute sulle tre paja dei *peduncoli cerebellosi*; inclinava ad ammettere tre ordini di fibre nell'encefalo, — le *trasverse*, — le *retrograde*, — le *postero-anteriori*, — destinate categoricamente a *dirigere* i movimenti corporei *trasversali*, *retrogradi* e *progressivi*; — e riteneva che eziandio le fibre dei *tre canali semi-circolari* avessero l'analogo rapporto anatomo-fisiologico verso alle tre serie suddette di fibre centrali encefaliche.

Per tale modo escludeva le espansioni nervose dei *canali semi-circolari* dalla categoria dei nervi del *senso*: e d'esse faceva un *nervo speciale* e proprio, un novello pajo, dotato della *singolare facoltà di agire sulla direzione dei movimenti*, concentrando sulle sole espansioni della chiocciola la facoltà *sensoria auditiva*.

Se non che bentosto *Chevreul* faceva rimarcare a *Flourens*, qualmente nei suoi sperimenti non fosse già stata la *presenza*, ma bensì la assenza delle fibre nervose dei *canali semi-circolari*, la quale accagionava li suddetti moti *mal diretti*.

Ed allora *Flourens* sostituiva e progettava la funzione delle *forze moderatrici dei movimenti*: — cioè supponeva, che nelle tre serie di fibre dei *canali semicircolari* e dell'encefalo risiedano *tre ordini di forze, che* RATTENGONO e MODERANO i *corrispettivi movimenti*; e che la recisione delle suddette fibre *lascia produrre i movimenti impetuosi opposti*...

La supposizione di questi *movimenti impetuosi*, e delle

forze moderatrici dei medesimi, non ci sembra concepibile senza ammettere stranamente un compenso di falli in quella mano suprema, che plasmava la nostra organizzazione. — A che creare gli *organi dei movimenti impetuosi*, se era poi necessario ripararvi con farne altri che li *moderassero?...* Non sarebbe stato meglio ed estremamente più semplice cosa il darci gli organi dei *movimenti non-impetuosi*, senza poi correggere ed emendare la improvvida prodigalità col mezzo delle *forze moderatrici* dei medesimi?...

Noi incolpiamo adunque alla stranezza delle adottate spiegazioni la poca curanza conceduta alle sorprendenti esperienze di *Flourens* sui *canali semi-circolari.*

Ma la colpa non era delle esperienze, nè dei fatti.

Perchè non verificarli?... perchè non tentarne una più fisiologica spiegazione?

Anzi tutto adunque non ci siamo adoperati a ripetere le delicate esperienze di *Flourens* sui *canali semi-circolari*, nella maniera che fu permessa alla ben meno esperta nostra mano. Elleno furono eseguite coll' ajuto e colla direzione del nostro amico dott. *G Morganti.*

Esperienza 43.ª — Corvo: 14 giugno, 1853.

Si mise allo scoperto il canale semi-circolare destro orizzontale o trasversale, e si esportò.

L'animale diede segni di dolore.

Messo a terra cade rotolando due o tre volte sopra di sè stesso, senza però che in quel primo momento avessimo distinto su qual parte avvenisse il rotolamento. Ma dopo si vide palesemente cadere sul lato della sezione del canale, andare all'ambio sempre verso il lato medesimo, ed allontanare il proprio corpo dalla stazione per alla stessa direzione.

15 giugno. Si tagliò uno dei canali semi-circolari sinistri (non sappiamo precisare a quale d' essi fosse limitata o meno la recisione).

L'animale diede segni di dolore, scosse convulsivamente le ali, smosse il capo con varj piccoli, ritmici e numerosi movimenti verso al lato opposto della sezione. Muovendosi cadeva sul lato se-

zionato: spiegava movimenti più forti dal lato opposto alla sezione. E tentando camminare cadeva sul lato operato e poi tombolava innanzi col capo e respinto come da retrocolpo, da questo ricadeva all'indietro e non rade volte rotolò sull'asse longitudinale del corpo, ed una fiata ristette fermo per mezzo minuto sul dorso.

Mezz'ora dopo, facendo prova per muoversi, cadde ancora sul lato ultimo-operato.

Esperienza 44.ª — Falco (Falco oesalon): 14 giugno, 1853).

Fu esportato colla pinzetta il canale orizzontale destro.

L'animale gridò e si dibattè fortemente.

Deposto a terra fece dei rapidi movimenti, girando sul lato sinistro. Poi dopo si fermava e girava continuamente la testa dal lato destro come a scosse. Ripeteva quindi le rotazioni sul lato sinistro, le quali talfiata erano così violente da voltar l'animale sull'asse longitudinale del corpo. Altre volte invece le rotazioni erano lente ma sempre nella direzione da destra a sinistra. Il movimento della testa era continuo.

Dopo otto o dieci minuti era cessato il movimento del capo, e l'animale se ne rimaneva immobile.

Ma poi lo si vide eseguire bentosto altri svariati movimenti. Così per due o tre volte si mise a correre direttamente in avanti pel tratto di circa due braccia, poi roteare adesso sul lato destro, sul quale ancora qualche volta cadeva; poi camminare lateralmente ora da un fianco ora dall'altro, ma più di frequente dal destro.

Esperienza 45.ª — Gufo: 15 giugno, 1853.

Fu tagliato il canale semi-circolare verticale superiore sinistro, senza punto ledere nè la sostanza cerebrale nè la cerebellare.

L'animale diede vivissimi segni di dolore.

Messo in terra si vide piegare con piccoli e numerosi movimenti il capo dal lato opposto alla sezione e girare perfettamente in circolo, facendo perno la gamba sinistra, cioè il lato operato.

Tagliati gli altri due canali sinistri, cioè l'orizzontale e il verticale inferiore, mosse con più di forza e di veemenza il capo dal lato opposto alla sezione; cadde perfettamente sul lato operato, muovendo il contrario lato intatto con moti forti e veementi. Rialzandolo allora e tenendolo rialzato per le ali, si vedeva manifestamente girare in cerchio sulla sinistra, ma descriveva un cerchio di assai minore diametro che sopra, e più violento era lo

stesso girare. Si avevano gli stessi fenomeni sopradescritti, ma assai più esagerati.

A motivo della gran perdita di sangue nell'operazione, l'animale era ridotto a mal partito, ma pur ancora spiegava un continuo moto del collo, per mezzo del quale il corpo veniva portato col suo becco sopra il fianco non operato, e l'occhio destro volgeva in alto, ossia diventava dorsale, il sinistro diveniva inferiore o addominale. Poi venne un punto che ripiegossi totalmente, sì che la volta del cranio corrispondeva al ventre, la base al dorso.

Sezionato nel dì 16 detto, se ne verificò esportata porzione del canale orizzontale, tutto il verticale anteriore o superiore e la metà superiore del verticale posteriore.

Esperienza 46.a — Pollastro: 16 giugno, 1853.

Esportato il canale verticale superiore sinistro, l'animale dava segni di dolore.

Poi messolo subito sul terreno, cadde sul lato operato. In seguito, camminando, andava regolarmente per qualche tratto, indi cadeva di quando in quando or sopra un lato, or sopra l'altro, con maggior frequenza però sul sinistro.

Se stava fermo piegava la parte anteriore del corpo infino sul terreno, boccone, quasi non valesse a sostenerne il peso.

Una volta fece una rotazione sul fianco sinistro; una seconda volta descrisse un cerchio d'una periferia assai maggiore della prima, sempre facendo perno il lato sinistro.

Si esportavano anche gli altri canali semi-circolari sinistri.

L'incedere dell'animale divenne men franco di prima, più frequentemente cadendo sul lato operato che non sul sano.

Gettato in aria, distendeva appena le ali senza spiegare il volo, e piombava, sostenendosi ben poco per aria, e sempre battendo il terreno col suo lato sinistro.

Si vide una volta torcere il collo, come aveva fatto il gufo (Esper. 45.a), ma in grado minore.

Esperienza 47.a — Falco; 17 giugno, 1853.

Si esportarono il canale semi-circolare orizzontale e parte del verticale posteriore, sinistri.

Nell'esportazione manifestò vivissimo dolore.

Deposto sulla terra, tosto cadde sul lato operato. Indi girava da destra a sinistra, ed ogni volta che camminava cadeva sul me-

desimo lato sinistro. Ma se incedeva a lento passo, appoggiava sulla coda, ed allora camminava diritto.

Notammo pure il movimento solito del capo da sinistra a destra, ma in grado assai leggiero.

All'autopsia venne constatato superstite il canale semi-circolare verticale superiore od anteriore, l'orizzontale distrutto, il posteriore distrutto solamente in parte, essendo di questo rimasta ancor l'ampolla.

Esperienza 48.ª — Pollo: 20 giugno, 1853.

Nell' estirpazione del canale semicircolare orizzontale sinistro, l'animale diè segni di soffrire.

Collocato sul suolo, cadde tosto sul lato operato. Si rialzò per fare alcuni movimenti regolari, indi ricadde sul medesimo lato. Poi tornava ad alzarsi e camminava, cadendo allora pochissime volte. Non aveva la sua solita alacrità dei movimenti, giacchè lasciato libero in un vasto cortile, con tutta agevolezza veniva ripigliato.

Si esportarono dappoi nettamente con un solo colpo, senza nulla offendere il cervelletto, amendue i canali semi-circolari verticali che mettono foce nella grande ampolla (1). E l'animale mostrò di soffrirne assai e strinse fortemente colla mandibola il nostro dito che gli si teneva in bocca per fermargli il capo.

Messo a terra cadde sul fianco operato facendo subito delle rotazioni da sinistra a destra, cioè sul lato destro.

Se camminava, muoveva repente e portava all'avanti la gamba sinistra, mentre la destra era mossa con lentezza.

Sul principio ripiegò il collo dal lato sinistro, poi rivolse la

---

(1) Non comprendiamo come *Carus* abbia negata la confluenza di questi due canali, appo agli uccelli, ove la notava già bene lo stesso *Scarpa*.

Ecco le parole del primo:

« Ils ne communiquent point ensemble, mais seulement avec le vestibule ». (Tom. 1.º, pag. 459).

Ed ecco invece le parole del secondo: — « Major canalis cum minore supra vestibulum concurrit ». (De volucrum auditu, pag. 32).

testa a scosse verso ancora al sinistro lato, alla maniera che fanno gli ammalati di corea elettrica.

L'animale stava costantemente appoggiato sul lato operato quando era fermo.

All'autopsia abbiamo constatato la distruzione di tutti i canali semi-circolari destri.

Nei nostri sperimenti adunque abbiamo complessivamente ottenuti poco più poco meno tutti i fenomeni descritti analogamente da *Flourens*, pel taglio dei canali semi-circolari.

E se alcuna differenza indi emerse, non fu già sulla natura e sulla modalità dei fenomeni medesimi, bensì nella categorizzazione dei medesimi. Imperciocchè a *Flourens* apparvero tre specialità ben marcate di ordini di fenomeni per la lesione dei tre diversi canali : — a noi invece indistintamente emersero le risultanze suddette per qualunque dei canali venisse reciso.

Forse ciò dipenderà da nostra imperizia operativa, giacchè per ora (senza la riconferma altrui) non saremmo certamente osi di sospettare d'alcuna sistemazione nelle descrizioni di *Flourens*, il quale vagheggiava forse, lungo le sue osservazioni, quelle tre distinte serie di fibre nervose dell'encefalo e dei canali semi-circolari.

D' altra parte a noi non venne fatto nemmeno di constatare quella asserita costanza o frequenza di *indietreggiamento* per le lesioni del *cervelletto*, specialmente della di lui parte *media posteriore*.

Quanto preme tuttavia pel momento, non è già la triplice categorizzazione dei moti vertiginosi cagionati dalla sezione dei canali semi-circolari, bensì la perentoria e cumulativa dimostrazione del fatto.

Ed il fatto sperimentale sta veramente quale *Flourens* ce lo annunziò.

§ 18.° — *Flourens* scriveva : — « Fa sorpresa il vedere, come parti, che per la loro posizione nell' orecchio sembrano non dovere fruire, se non d'un uso speciale e ri-

feribile all'udito, abbiano un'influenza si marcata sui movimenti... »

Noi siamo le mille miglia lontani dal condividere la *causa* della sorpresa con *Flourens*, quantunque non manchiamo di fare pure con lui le maraviglie sopra codesti singolari fenomeni della ablazione dei nervi dei canali semicircolari.

Imperciocchè non conveniamo per nulla sull' escludere codesti nervi dall' *uso speciale e riferibile all' udito*: — e tanto meno conveniamo sul farne un pajo speciale di fibre *moderatrici dei movimenti opposti ed impetuosi.*

Non ebbe fors' egli lo stesso *Flourens* più volte convenuto che l'*udito si distrugge in parte* per la ablazione dei canali semi-circolari?... Non è questo adunque un *uso speciale riferibile all' udito*?

Che se *non per intiero* viene tolto l'*udito*, non c'è da farsene lo stupore: mentre si lascia e resta ancora il magnifico apparecchio acustico della chiocciola.

« Col taglio dei canali semi-circolari (dice *Flourens*) l'udito divien anzi più delicato (?) e più impressionabile... »

Perchè?... perchè (risponde *Flourens*) gli animali sotto a quel taglio mostravano di *soffrire dolore*... Ma quando mai il *dolore pel taglio* d' una parte potè significare la *maggiore acutezza d' udito*?...

E ci rimane per ultimo da soggiungere, qualmente: Non ci faccia poi grande sorpresa il vedere che enormi sconcerti sensorj-auditivi abbiano ad apportare dei movimenti vertiginosi.

E vaglia il vero. Veniamo ad una spiegazione.

Che facciamo noi alloraquando un frastuono insolito ci percuota e ci introni l'orecchio, sia che esso derivi da oggetti esterni in movimento, sia che provenga da interni sconcerti d' affezioni acustiche? — Il primo ed inevitabil moto è quella scossa trasversale della testa che vediam sì ben eseguita anche negli animali per la demolizione dei loro canali semi-circolari.

Vi ricordate di quelle oscillazioni laterali di capo che mentovammo al § 10.° del 1.° art. del I.° capo, e di cui sono colpiti i vecchi per un primo grado di cofosi e di paracusi, colle conseguenti illusioni acustiche?

Fino a che però gli animali operati nei canali semicircolari se ne stanno fermi, cotal fragore strano ed illusivo, il quale fu prodotto e sussiste per la estirpazione dei suddetti canali, non saranno obbligati se non se a quei crolli ed a quelle caratteristiche oscillazioni del capo. Ma se tentano muoversi, quell'assordamento, quel frastuono li segue nel loro cammino, li scompone nei loro movimenti, li agita in rotazioni, in voltolamenti, in capitomboli vertiginosi. E più tentano fuggirvi, e più il fragore li segue, e più cresce la confusione.

E chi ci sa dire quali e quante illusioni di intronamento andranno abbucinando e confondendo quei poveri animali, a seconda della demolizione dei diversi loro canali acustici ?... !

Noi non sappiamo ancora per che guise la tortuosa, diversa e complicata direzione dei suddetti canali mirabilmente influisca sulla modalità impressionabile delle sonore oscillazioni. Possiamo tuttavia ritenere per cosa certa, che alla suddetta varietà e complicanza di congegno corrisponderà sapientemente la variazione delle sensazioni auditive. Intanto sarebbe innegabile la moltiplicità e la confusione delle illusioni acustiche subbjettive sotto alle ablazioni o lesioni dei canali semicircolari.

E quali effetti vertiginosi produca su di noi stessi il lungo e confuso intronamento, ben sel ponno sapere e ricordare tutti quelli di noi, che visitando s'aggirarono per delle ore fra gli insoliti e fragorosi stabilimenti d'opifici a macchine, o che ebbero a far viaggi inassueti di più giornate sui rumorosi vagoni.

Pur chi vorrà confrontare codesto frastuono obbiettivo di noi (che però sappiamo rettificare razionalmente le sen-

soriali derivazioni) con quanto avverrà in quelle povere bestie operate, a cui di repente invade un frastuono interno da non dirsi, senza che eglino possano orizzontarsi che cosa sia ciò, d'onde e come venga?... E quindi appena ciò lor capiti dall'un orecchio, vi cadon sopra confusi... E poi risorti quasi per accertarsi che sia, volgono qua e là ritmicamente il capo e più lo volgono verso al lato operato, ove sentono quegli abbucinamenti ed onde origliar cosa sia. E allora stanno fermi del corpo , e possono per buona pezza cessare anco da quelle oscillazioni della testa.

Ma una volta che si cimentino al moto , ecco che si sentono seguire da quel rombo e da quelle inenarrabili confusioni auditive... e si confondono,... e si disorizzontano,... e girano,... e cadono,... e tomano,... e capitombolano,... e si voltolano: — perchè sono in preda ad una grande *vertigine auditiva.*

E non pajan troppe codeste evenienze a confronto della causa vertiginosa. Noi non dobbiamo misurarle dal semplice paragone dei nostri fragori *obbiettivi*, di noi che nelle molteplici faccende della rumorosa vita sociale imparammo a regolarci anche framezzo ai talor più confusi rombazzi , — di noi che ne sappiamo più o meno rettificare ed aggiudicar le sensazioni alla sorgente esterna... Conducete invece un inesperto fanciulletto frammezzo a quei frastuoni, e lo vedrete tosto andarne vertiginoso, poco meno che gli animali in discorso.

Per ultimo resta sempre la somma differenza fra le gravissime illusioni subbjettive , che si cagionano da interni guasti e dalle distruzioni dell' organo acustico, — e fra le confuse impressioni sonore , che pervengono dall' esterno per la normale loro via sensoria e attraverso ai normali organi nervosi.

Laonde, ritornando ancora alle parole di *Flourens*, che noi riportavamo in capo al presente paragrafo , siamo obbligati a cambiarne ed *inverterne* la espressione , in rap-

porto alle nostre convinzioni, onde giudichiamo, che: Le parti nervose dei canali semi-circolari non fruiscono se non d'un *uso speciale e riferibile* all'udito, e devono avere una *marcata influenza sui movimenti* (1)...

Ed è da rimarcarsi appunto, che siccome la direzione dei movimenti della testa è, più che quella di tutte le altri parti corporee, subordinata alle ricevute impressioni auditive, così altrettanto e precisamente sono i movimenti della testa, che rilevansi turbati primi, caratteristicamente e più

---

(1) Qui ci ricorda degli effetti ottenuti da *Brown-Séquard* per lo *strappamento del nervo settimo.* È noto qualmente codesto nervo cammini originariamente accollato alla *parte anteriore del nervo acustico,* cioè a quella di lui *porzione che va ai canali semi-circolari.* Il suddetto Autore vide che, *strappando il settimo alla sua inserzione encefalica,* producevansi temporariamente gli effetti della *rotazione* e del *voltolamento* degli animali, con precedenza di movimenti convulsivi degli occhi, delle mandibole e della testa, e talora con un grande incurvamento del tronco e del collo.

Questi risultati sperimentali sono nè più nè meno se non se la copia precisa di que' che avvengono pel taglio delle espansioni acustiche dei canali semi-circolari; e non sono nè più nè meno se non se l'effetto appunto della temporaria e parziale alterazione meccanica del nervo complessivo dei canali semi-circolari, la quale alterazione viene prodotta dallo strappamento dell'accollatovi nervo facciale.

I fatti, che sembrano i più svariati, convengono sempre sulla ragione unica del loro vero fisiologico.

La sola differenza sta, che nello strapazzo dello sterpamento del nervo facciale gli effetti sono *transitorj,* — invece nel taglio delle nervose espansioni dei canali semi-circolari, gli effetti sono *permanenti.*

La quale differenza, invece di separare i due ordini di fatti (come parve al succitato sperimentatore), non fa che ravvicinarli e renderli fondiariamente identici.

costantemente sotto alle sperimentali lesioni dei canali semicircolari.

Aggiungiamo: Non essere noi lontani dal credere, che appunto quelle *appendici cerebellose*, laterali, quasi accartocciate, le quali si innicchiano nelle imboccature dei canali semi-circolari, costituiscano un *lobo centrico auditivo* a cui probabilmente riferisconsi le fibre originarie nervose dei canali semicircolari; senza che però tuttavia riteniamo essere codesta l'unica ed identica origine primitiva di tutte le fibre *acustiche* e di quelle specialmente della chiocciola. A tale suddetta credenza ci fanno propendere:

1.° l'analogia degli effetti ottenuti colle demolizioni del *cervelletto* e dei *canali semi-circolari*;

2.° l' origine reale di parecchie fibre acustiche appartiene al cervelletto (*espansione membraniforme* dell'*acustico*, nel *cervelletto*, di *Foville*). E veramente l' origine della porzione di nervo acustico, la quale va ai canali, trovasi *più anteriore* di quella che per la chiocciola, — cioè più in rapporto col *cervelletto*, colle cui *gambe* è in relazione intima;

3.° il rapporto anatomico (siccome faceva osservare *Carus*) di codeste *appendici* coll' organo acustico e la loro inserzione in una concamerazione delle ampolle (siccome vedesi negli uccelli e nei feti umani), analogamente a quanto fanno i bulbi olfattivi sopra le cavità nasali;

4.° la verificazione della cofosi in taluni malati di affezioni cerebellari, com' è nel caso narrato da *Andral*, ed altro da noi e da *Morganti* (di cofosi unilaterale per tumore cerebelloso; — Gazz. Medica Lombarda, 1853, N. 24), ed altri ancora (vedi le ulteriori osservazioni 26.ª, 27.ª, ecc.).

§ 19.° — E così ci troviamo sulla via d' un' altra quistione: — Ha desso il *cervelletto* qualche particolare influenza *collettiva* sui sensi in genere, oltre alla sua *speciale* funzione del *tatto muscolare?*

La patologia e l'anatomia sembrano concorrere in favore di così fatta ipotesi. Ne ci sembrano contraddirvi le stesse risultanze delle vivi-sezioni.

Di già riboccano i fatti pratici nei lavori clinici di *Calmeil*, *Bouillaud*, *Gerdy*, *Andral*, onde evincesi la nessuna o soltanto eccezionale compromissione della *sensibilità* per le affezioni degli *emisferi cerebrali*.

Invece lo stesso *Andral*, *Lebert*, *Ollivier*, ed eltri constatarono multifarie lesioni dei *sensi* ed anzi prevalente loro compromissione nelle malattie del *cervelletto* ; oltre alle notorie *incompositezze o impotenze dei movimenti*, le quali sono riferibili al turbato *senso muscolare*. Troviamo infatti:

1.° la *vista soppressa* nel caso d'*emorragia cerebellosa* (pag. 646) di *Andral*, — in quello di *Cazez* (1), — *confusa*, in quello di *Quesne* (2):

la *vista perduta* o *torbida* in due casi di *rammollimento cerebellare* di *Andral* (pag. 660, e 665), — in altro di *Lallemand* (3), — in altro di *Monod* (4):

la *vista abolita* , in sette casi di *tumori cerebellosi* (*Andral*, pag. 706).

2.° la *sensibilità cutanea* alterata in un caso di *rammollimento cerebelloso* (*Andral*, pag. 668), nella 100.ª Osser. di *Ollivier*, ed in varj casi di *tumori cerebellosi* (*Andral*, pag. 707, 708).

3.° nei cinque casi di cancro *cerebelloso* notati da *Lebert*, ove erano i *sensi* la funzione più costantemente alterata (5).

---

(1) « Essai sur la Paralysie », 1824.

(2) « Journ. hebdom. de médecine ». Tom. I.

(3) Maladies de l' encéphale.

(4) « Nouv. Bibliogr. méd », 1828.

(5) « Trattato delle malattie cancerose ».

L' anatomia ci addita l' origine parziale del nervo *acustico* nel *cervelletto*, la confluenza dei *restiformi* (ove nascono il *gustatorio* ed il resto dell' *acustico*) nello stesso *cervelletto*, l'emanazione delle *gambe anteriori cerebellose* ai *talami ottici* ed alle *quadrigemelle*, e (se crediamo a *Foville*) eziandio alle *radici* del *bulbo olfattivo* e del *chiasma ottico*.

E nelle stesse risultanze vertiginose degli animali, a cui fu demolito il *cervelletto* e che sbagliano il luogo del cibo da imboccare, del bastone da addentare, ecc., ma saremmo tentati a dubitare di qualche confusione della *vista ?*

Che se la ragione e la induzione psico-fisiologica ci fanno presentire la necessità di un organo , il quale unifichi le sensazioni svariate somministrabili da un solo oggetto alla nostra vista, al nostro tatto, agli altri nostri sensi ; — e di queste diverse sensazioni, per diversi apparecchi esterni ricevute e per diversi organi centrali nervosi digerite ed elaborate , componga un' idea complessa e collettiva , cioè l'idea d'un oggetto solo,... potremmo forse assegnare codesta facoltà al *cervelletto ?* — Desso è veramente l' organo, che siedendo a cavaliere della *midolla allungata*, vi riceve dall' avanti e dall' indietro il tributo di tutti gli elementi anatomici nervosi sensoriali, e dopo averne fatto un viluppo negli *arborizzati* suoi *lobi*, consegna poscia il complessivo assembramento dei suoi fascicoli *anteriori* , pei *coni peduncolari*, al *cervello*, — sembra cioè consegnargli le risultanze collettive delle sensazioni esterne, affinch'egli se ne serva per le sue operazioni *intellettive-morali-istintive*.

Ci affrettiamo però a dichiarare tostamente: essere questa una mera ipotesi, basata sulla probabilità delle analogie e delle convergenze degli or esposti fatti clinici, fisiologici ed anatomici (1).

---

(1) Questo argomento venne amplamente assunto e discusso

§ 20.° — Non possiamo per ultimo abbandonare il campo fisiologico del *cervelletto*, senza una parola sulla concessagli e negata funzione *erotica*.

Conosciamo le calde ovazioni dei frenologi e le severe obbiezioni di molti fisiologi a questa dottrina.

Non ripetiamo le prime: — tocchiamo le più importanti fra le seconde.

1.ª (Obbiezione di *Desmoulins*, *Lélut*, *Leuret*, ecc.) Havvi *cervelletto* in pesci, ove non v'ha *copula amorosa*: — manca, o quasi, nei rettili che sono dotati di squisita *salacità sessuale.*

Risposta. — Il *cervelletto* nei pesci disimpegna la sua mansione del *senso muscolare*: non importa, che vi manchi la porzione destinata alla *sensualità erotica.*

La obbiezione relativa ai rettili, sulla quale fecero il massimo degli appoggi i nemici di *Gall*, cade onninamente dopo le rivelazioni anatomiche, che noi in questo articolo facemmo sulla organizzazione del *cervelletto* dei rettili. Quella lin-

---

dal nostro amico dott. *P. Renzi* nell'accurato lavoro fisiologico, che va attualmente pubblicandosi nella *Appendice psichiatrica* e che merita tutta l'attenzione della scienza. Le dottrine, svolte dall'esimio collega con una ben ragionata dovizie di fatti sperimentali anatomici e patologici intorno all'ufficio del *cervelletto*, discordano alquanto dalle nostre, non già però sulla massima fondamentale, bensì nella latitudine della medesima. Speriamo che il pubblico saprà ben rimeritare le operose investigazioni del dott. *Renzi* con quel premio che è la più cara soddisfazione a chi studia ed ama la propria scienza, siccome il nostro amico-collega, — vale a dire accogliendo a debito e coscienzioso esame i risultati e le deduzioni importantissime, che il medesimo proponeva sulla fisiologia del cervelletto. La soluzione del grande quesito, specialmente intorno ai punti discordi, e la conquista della verità, che sarà per emergerne, forma certamente il principale voto delle nostre fatiche.

guetta midollare, che posa sul *quarto ventricolo*, che fu considerata da tutti i fisiologi siccome l' unico, esclusivo e rudimentale rappresentatore del *cervelletto* appo i rettili, e che quindi veniva tagliato nei batraciani da *Magendie*, *Desmoulins* e *Calmeil* senza che intanto questi animali dismettessero l' intrapreso coito, non è più altro che un *lobulo succentoriato cerebelloso*, in relazione probabile col Par-quinto.

I rettili tutti hanno un buon *cervelletto*, il quale anzi sembra accudire anche ad altre mansioni, che non sieno della sola *regolazione motrice*, perocchè è notorio quanto poco sottoposta alla *influenza encefalica* riesca in codesti animali la *coordinazione loco-motrice*, contribuendovi eminentemente anche la potenza *diastaltica spinale*.

2.ª (Obbiezione di *Müller*, *Cruveilhier*, ecc.). In molte malattie *cerebellose* non verificossi l' asserito fenomeno della *erezione del pene*, nè turbamento delle *funzioni genitali*.

Risposta. — A detta però di *Serres* (1) e per confessione implicita degli stessi oppositori, di *Burdach* (2), *Andral* (3) e *Cruveilhier* (4), il *priapismo* è sintomo più costante delle affezioni *cerebellose* anzichè di qualunque altro organo.

Del resto è da considerarsi, che:

A. La *tendenza sessuale* non consiste nella sola *erezione del pene* o nella sola *operazione copulativa*, ma bensì nella subbjettiva *sensualità amorosa* e *concupiscen-*

---

(1) « Journ. de Physiologie ». Tom. II.

(2) Ibidem. Tom. III. — Su dieci casi fra 178 osservazioni.

(3) « Clinique médicale ». Tom. V. — Sui quasi *cento* casi descritti o citati di malattia al *cervelletto*, v' hanno fenomeni *erotici quindici* volte.

(4) « Anatom. pathológ. du corps hum. ». Paris, 1824. — In uno dei due casi.

za venerea; — potendosi dare il più vivido *erotismo* colla più compassionevole *impotenza dei genitali*; e manifestandosi invece molte volte il *priapismo* senza consapevolezza dei pazienti e senza *concupiscenza voluttuosa* nelle affezioni *mielitiche*.

B. I casi di malattia *cerebellare*, senza compromissione delle *funzioni genitali*, appartengono ad affezioni dei *lobi cerebellari* (i quali sono destinati al *senso muscolare*), — non a quelle del *lobo mediano* (ch'è destinato alla *sensualità erotica*).

È dei *lobi* l'uno dei due casi di *Cruveilhier*, ove non erano fenomeni *sensuali*: — così quello di *Weber* (1); — così ottanta sui circa cento casi ventilati nel quinto tomo della Clinica di *Andral*.

La sola conseguenza, che può indi dedursi, è questa: i *lobi del cervelletto* non servono all' *amatività*, bensì al *tatto muscolare*. E ciò pienamente assentiamo.

C. Nei casi di malattie del *lobo mediano* del *cervelletto*, fuvvi *apatia venerea* o esagerazione della *sensualità* e *priapismo*.

Se ne ponno vedere i casi magnifici (oltre a quei descritti da *Gall* e poi da *Spurzheim*) di *Serres* (2), di *Guiot* (3), *Dunn* (4), *Dany* (5), *Menard* (6), *Caffort* (7), *Sorlin* (8), *Montaut* (9), *Lussana* e *Morganti* (10), ed

---

(1) « Nova acta Naturæ curios. », 14, III.
(2) « Anatomie du cerveau ». Tom. 2.
(3) « Clinique des hopitaux ». Tom. I.
(4) « Medico-Chirurg. Transactions ». Lond. Vol. XXXII.
(5) « Mémoires de Médecine militaire ». Tom. XXXII.
(6) « Revue médicale ». Tom. I.
(7) « Archives générales de Médec. ». Tom. XXII.
(8) « Thése sur les tubercules du cerveau 1824, par *Léveillé* ».
(9) « Journ. univ. et hebdomad. ». Tom. VII.
(10) « Gazzetta Medica Ital. Lombarda » 1853, N.° 24.

uno due casi sopracitati casi di *Cruveilhier*, oltre ai parecchi fatti e risultati, che ulteriormente verranno constatati lungo la parte patologica del presente lavoro.

Di malattie, che compromettevano il *lobo* MEDIO del *cervelletto* o il *cervelletto* INTIERO, ne sono citate o notate *ventitrè* nel 5.° tomo della Clinica medica di *Andral*. — Or bene. Per *sedici* di queste malattie vengono specificati i sintomi di *priapismo, onanismo*, emormesi *uterina*, delirio *erotico*, grande tendenza alle *donne* ed al *coito*, ecc. — Che più vuolsi?

E sopra gli altri *sette* casi residui di malattie del *lobo* MEDIANO del *cervelletto*, ove non parlasi di fenomeni *sessuali*, bisogna considerare che:

a) il caso d'*Ollivier* riguarda un fanciulletto di 11 anni, ove non è presumibile lo sviluppo dell'*erotismo*.

b) il caso di *Borsieri* appartiene a tempi, in cui non sospettavasi per nulla sulla frenologica imputazione della *amatività* al *cervelletto*;

c) un malato di *Dance* (*rammollimento cerebelloso*) morì di repente;

d) tre malati (uno di *Dance*, l'altro di *Bayle*, il terzo di *Guérard*) caddero e morirono per emorragia con letargica apoplessia ed ebbero perdita d'intelligenza.

D. La *manustuprazione* solita in quella ragazza ebete, cui era atrofico il *cervelletto* (1), non significa già il *trasporto sessuale*, non l'*amore del maschio*, ma solamente il *solletico* subordinabile alle azioni *diastaltiche*.

Valgono a spiegare una tale distinzione le notizie ben interessanti, che sopra un'altra paziente con *mancante mezzo il cervelletto* venivano recentemente raccolte e descritte dal dott. *Fournet* nell'Appendice alla quarta edizione della Clinica medica di *Andral*. — « Cette malade

(1) *Müller*. « Physiologie du système nerveux ». Tom. I.

avait toujours étonné les personnes, qui l'entouraient, par son extrême indifference aux rapprochements sexuels. Jamais sa pensée ne s'y arrêtait sous aucun point de vue, jamais elle ne témoignait la moindre velléité d'un entrainement vers un autre sexe; on m'a dit qu'elle ignorait à quoi tendait la différence des sexes. Cependant il est vrai de dire qu'elle ne l'ignorait pas tout-à-fait; elle avait même plusieurs fois, dans les derniers temps de sa vie, permis à un homme quelques licences, mais elle n'avait jamais voulu consentir a laisser porter ces licences au-delà de certaines limites; on n'a jamais pu lui faire avouer si elle avait ou non éprouvé quelque plaisir dans ces attouchements. Elle était d'une tolérance parfaite pour les autres sur ce chapitre; recevant très-bien les plaisanteries qu'on lui faisait à ce sujet, sa seule réponse était qu'elle n'avait aucune propension à voir des hommes. Cependant elle temoigna beaucoup de regrets à la mort de l'homme, qui seul avait pu la faire sortir de son indifférence habituelle. Aucune des conversations un peu libres, que les femmes ont quelquefois entre elles, ne l'animait et ne la faisait sortir de son état d'insensibilité sexuelle accoutumée. Jamais les personnes, qui l'avaient suivie de plus près, et la femme en particulier, qui nous a donné ces détails, et qui participait à tous ses actes, à toutes ses pensées, ne supposaient qu'elle se fut livrée à la masturbation. Cependant, à l'hôpital de la Charité, soit avant ou après la mort, l'examen et le toucher des organes genitaux avaient fait reconnaitre à l'orifice vaginal, des dimensions, qui ne s'accordaient point avec la pensée de verginité ».

Noi dunque fortemente incliniamo ad ammettere ed assentare la dottrina Galliana, che alloga la funzione *erotica* nel *cervelletto*, suffragandoci a tale persuasione (oltre all'elenco dei concordi e molti fatti or indicati) anche il valore di ulteriori osservazioni, che il lettore vedrà lungo il presente lavoro.

Ci voglia poi il lettore condonare questo breve cenno sulla *funzione erotica del cervelletto*; il quale cenno però (quantunque possa per un momento qui sembrare un ultroneo episodio), pure non riuscirà estraneo a quanto verrà discorso nella seconda parte, sulla patologia della vertigine.

Articolo 6.° — *Coni peduncolari.*

Elementi anatomici dei coni peduncolari. — Corollarj fisiologici. — Deduzioni riassuntive in riguardo alle precedenti ricerche. — Considerazioni sul senso cutaneo e sul gusto. — Risultanze sperimentali sui peduncoli cerebrali.

§ 1.° — Un assieme di elementi nervosi, il quale procede da tutti quanti i minori organi e da tutte le soggette parti dell'encefalo, costituisce un grosso fascio coniforme, e ne porta il tributo ai *lobi cerebrali*, ove esso confluisce e si decompone.

Col nome già consacrato di *coni peduncolari*, chiameremo tutto l'assieme di questi elementi che mettono foce nel *cervello* in corrispondenza all'*insula.*

Essi risultano dagli elementi che seguono, cominciando dall'avanti all'indietro.

A. *Emanazioni* del *lobulo olfattivo.*

Negli animali inferiori è facilissimo il riconoscere, che dai *gangli olfattivi* propagasi all'indietro un complesso di fibre conformate spesse volte a tubo, le quali mettono nel *cervello.*

Egualmente nel feto umano.

Sull'alto della scala animale, lo svilupparsi dei *lobi cerebrali* va a soverchiare ed a seco riconfondere il *lobulo olfattivo*: ed allora si rimesce assieme ai primi anche il peduncolo del secondo.

È incontestabile sempre tuttavia la propagazione delle fibre *olfattive*, dopo che hanno attraversata la porzione

loro originaria encefalica grigia e circonvoluzionaria, fino entro ai *lobi cerebrali*. E sta sempre, fra il *cervello* e fra i *filamenti nervosi periferici olfattivi*, una parte lobulata circonvulozionaria (*lobuli* o *bulbi* o *gangli olfattivi*, in tutti i vertebrati), dalla quale si emanano fibre di comunicazione verso al *cervello*.

B. *Fascio raggiante* dei *cotiledoni* dei *talami ottici*.

Costituisce la massima parte del *cono peduncolare*, e rappresentasi dalla sfiorata diffusione dell'assieme di fibre, il quale ascende dai così detti TALAMI *ottici* e si suddivide entro agli *emisferi cerebrali* colle note descrizioni comparative dateci da *Vieussens* (*lames d'un éventail, irradiation solaire*), *Reil* (*couronne rayonnaute*), *Gall* e *Spurzheim* (*flamme d'un incendie*), *Foville* (*pédicule de champignon*).

Infatti la massima parte dei cordoni *anteriori*, *antero-laterali*, dopo la loro *decussazione piramidale*, confluiscono nei due *piani inferiori* dei *peduncoli cerebrali*, — e così sparpagliano le proprie fibre come a pennello per entro alle masse grigie dei *cotiledoni peduncolari intra* ed *extra-ventricolari*, dai quali risorge una loro progressiva emanazione *fibrosa raggiante* per isboccare negli *emisferi*.

Evidentemente codesto fascio *raggiante* rappresenta l'omaggio dei *fasci* nervosi e dei *centri* encefalici del *moto volontario*, verso ai *lobi cerebrali*.

L'inserzione di codesto *fascio raggiante nel cervello*, la quale corrisponde al bel mezzo dell'*insula*, determina il punto fisso, d'onde computare i *lobi anteriori*, *posteriori* e *laterali* degli *emisferi cerebrali*.

C. *Fascicolo anteriore del fascio laterale obliquo*, — o *del fascio delle quadrigemelle*.

Dal *fascio intermediario* delle colonne *anteriori-spinali* ascende un *bendello midollare* (*ruban de Reil*, *fascio laterale obliquo dell'istmo*) inverso ai *corpi quadrigemini*,

e dopo avervi entro ad essi contribuite le sue fibre *medie* in concorso ed in continuazione (*commissura*) con quelle dell'oppesto compagno *bendello*; e dopo avere eziandio fornite le sue *fibre posteriori* alla formazione della *valvula di Vieussens*; prosegue all'avanti e sbocca nel *piano superiore* dei *peduncoli cerebrali*, per terminarsi egualmente nel *cervello*.

Ecco le *quadrigemelle* impiantate sui cordoni *antero-motori-spinali* (*fascio laterale obliquo dell'istmo*); — ed ecco la continuazione di un *fascicoletto* (*fibre medie del ruban de Reil*) di codesti organi verso al *cervello*.

D. *Fibre delle lamine ottiche.*

Quantunque nè per l'anatomia comparata, nè per la umana, non fossero state finora particolareggiate e distinte le descrizioni delle *lame ottiche* o della *fascia midollare dei nervi ottici*, tuttavia non mancarono le precoci indagini, che già ci additano il tragitto di alcune loro fibre verso ai *lobi cerebrali.*

Il chiarissimo anatomico *Panizza*, nelle sue retro-citate *Osservazioni sull'origine del nervo ottico*, ci rivelava, che esso nervo, oltre alla sua nascita principale e diretta dai *lobi e talami ottici*, non che dalle *quadrigemine*, trae pure più lontane origini dai *lobi cerebrali*, e precisamente:

1.° dal *lobo anteriore del cervello* (*lobi cerebrali*) nei pesci;

2.° dalla *lamina raggiante* e *apparato fibroso* degli *emisferi cerebrali*, degli uccelli;

3.° da alcuni fasci fibrosi ascendenti del *talamo ottico* e formanti la superficie esterna degli *emisferi cerebrali*, nei mammiferi.

Il dott. *Gratiolet*, in una sua Memoria inscritta negli *Annales d' Oculistique*, settembre 1854, dopo avere nei mammiferi riconosciute le due dirette origini del nervo ottico, l'una dai *quadrigemini anteriori*, l'altra *la più im-*

portante e quasi prolungamento diritto dei bendelli ottici dalla corteccia bianca dei talami ottici (com' è ben divinata la originarietà ottica delle *lame ottiche sui talami!*) ci descrive i *raggi fibrosi*, che irradiano *a ventaglio nell'interno del corno posteriore del ventricolo laterale, venendo ad unirsi agli strati corticali dei lobi occipito-parietali*, e che sorgono da tutta l' estensione del bordo esterno della *lamina* o *bande enroulée* che *circonda il talamo ottico.*

E. *Fascio piramidal-posteriore.*

I cordoni *posteriori spinali*, alloraquando sono arrivati a livello del *calamus scriptorius*, si divaricano reciprocamente , ed eziandio si suddividono essi medesimi in *cordoni restiformi* ed in *fascicoli interni.*

Ed i *cordoni restiformi* novellamente suddividonsi in *fascicolo inferiore* e *superiore.*

Il fascicolo *superiore restiforme*, destinato al *tatto muscolare* , si reca nel *centro midollare del cervelletto* , del quale forma i *peduncoli* posteriori.

Il fascicolo *inferiore* o *minore* restiforme, non che i *fascicoli interni* (*piramidi posteriori*) camminano a paro nel *pavimento del quarto ventricolo;* e poi unitisi al *fascio intermediario del peduncolo cerebrale* e concorrendo nel *piano medio* di questo, vanno a sboccare nel cervello.

Codesti fasci (*minor restiforme* e *piramidal-posteriore*) tragittano la parte superiore della *midolla allungata*; — e a loro corrispondono le origini primitive dei nervi *posteriori* del *tatto cutaneo*, dei nervi specifici *gustativo* ed *auditorio* (*fibre arciformi*).

Incorporato ai medesimi fasci (*minor restiforme* e *piramidal posteriore*) sta l' elemento *vero spinale, eccitabile, addolorabile*, il quale *dal midollo spinale* diffondesi fin *sotto* al *cervelletto* (nel quale non penetra), spazia NEL *pavimento del quarto ventricolo*, arriva ENTRO ai *peduncoli anteriori* del *cervelletto*, fin SOTTO ai *talami ottici*, — ed IVI FINISCE.

Codesti fasci *piramidali-posteriori* e *minori restiformi* evidentemente portano il tributo *sensitivo cutaneo*, *gustativo* ed *auditivo* (per molta parte) al *cervello* dopo che il rispettivo elemento nervoso (del *tatto cutaneo*, del *gusto* e dell' *udito*) ebbe attraversato i proprj e correlativi *centri* encefalici *sensoriali* del *midollo oblungato.*

F. I *processi cerebellari anteriori* (processus cerebelli ad cerebrum di *Drelincourt*).

Dal *centro midollare* del *cervelletto* sorgono per all' avanti due colonne fibrose, che passano SOTTO alle *quadrigemine* e SOTTO al loro *fascicolo obliquo*, formano il *ponte superiore* o la *volta del quarto ventricolo*, vanno AI *peduncoli cerebrali* dei quali costituiscono il *piano superiore*, e sboccano NEI *cotiledoni ventricolari* dei *talami peduncolari* e NEGLI *emisferi cerebrali.*

Adunque codesti *processi*, i quali (per quanto vengono DAL *cervelletto*, — escluso quindi il poscia commistovi elemento *addolorabile spinale*) sono esclusivi ministri del *tatto muscolare*, si consegnano ENTRO ai *centri* della *volontà motrice* ed ai *lobi cerebrali.*

§ 2.° — Riassumendo il sin qui detto sui *coni peduncolari*, appare, che:

1.° Il *cervello*, col mezzo dei *coni peduncolari*, riceve i *sensitivi tributi* dei *lobi olfattivi*, — dei *centri laminari ottici*, dell' organo *cerebelloso* del *tatto muscolare*, — del *centro sensorio* del *midollo oblungato*, pel *gusto*, pel tatto cutaneo e per l' udito.

2.° Nessuna di queste fibre nervose *sensorie* arriva, per IMMEDIATO tragitto DAI propri apparecchi *esterni* AL *cervello*; ma prima attraversa degli *speciali centri* encefalici, i quali sono quindi destinati alla loro *speciale elaborazione sensoriale.*

3.° Il *cervello*, col mezzo dei *coni peduncolari*, manda dei fascicoli fibrosi attraverso agli organi dei *moti spontanei*, cioè ai *talami peduncolari* ed ai *quadrigemini*, quindi alle *colonne anteriori*, pei rispettivi nervi *volontarj.*

4.° Nessuna di queste fibre *motrici* (dei *nervi volontarj*) emana IMMEDIATAMENTE DAL *cervello*, per in VERSO ai corrispettivi muscoli ; — ma prima attraversa dei *centri motorj*, per cavarne la *spontaneità esecutiva* della loro innervazione in moti *associati* e *sinergici.*

§ 3.° E richiamando e concretando in proposito ai *coni peduncolari*, quanto fu in addietro descritto e narrato sulle funzioni e sulle organizzazioni delle diverse parti encefaliche, risulta che:

1.° Tutte le *percezioni sensoriali* si elaborano in distinti *organi centrali*, — le *olfattive* nei *lobi olfattivi*, — le *visive* nelle *lame* o *fascie ottiche*, — le *tattili muscolari* nel *cervelletto*, — le *acustiche* nel *midollo oblungato* (e nelle *espansioni membraniformi cerebellari* dell' *acustico? . . .* e nel *lobulo acustico* del *cervelletto? . . .); —* le *tattili-cutanee* e *gustative* nel *midollo oblungato.*

E tutti codesti *centri sensoriali* vanno forniti delle loro proprie *commissure*, per la *reciprocanza* delle *percezioni sensoriali* dei due organi similari. Probabilmente però dalla regola della *commissura* si devono eccettuare i *lobuli olfattivi* (1).

3.° Il *cervello* è l' organo del *pensiero*, della *memoria*, del *raziocinio*, dei *sentimenti*, degli *istinti*, — e non altrimenti.

Gabinetto centrale di tutte le suddette operazioni psicologiche, ov'è intronizzata l'*intelligenza* e quella potenza mistica, che chiamiamo *anima* o *mente*, — amministra a sua posta le *percezioni sensoriali* quinci e quindi somministrategli dai *centri sensorj*, — e dispone per le sue determinazioni gli atti esecutivi dei *moti volontarj* cogli organi sussidiarj dei talami *peduncolari.*

---

(1) Vedi *Studj anatomo-sperimentali*, del dott. *Lussana Pietro*, sul centro nervoso olfattivo. « Gazzetta Medica Lombarda », 1855.

4.° I *talami peduncolari* attuano l'*atto volitivo* dei *movimenti.* Essi ricevono dal *cervello* una figliazione di fibre che trasmettono la determinazione *concepita* dall'*intelligenza* pei moti correlativi.

Altro però è il *pensare* e *concepire* e *determinare* un movimento a seconda dei fini dell'*intelligenza*: — ciò spetta al *cervello.*

Altro è il *volere* e l'*attuare* codesti movimenti *pensati*: — ciò appartiene ai *centri volontarj-motori.*

Un *emiplegico* (compressione dei *talami peduncolari*) per apoplessia, può ben *concepire* e *pensare* e *determinare* i diversi suoi movimenti; — ma gli manca l'*atto esecutivo*, cioè la potenza *effettiva* della *volontà* sulle *opposte* membra.

I centri della *volontà motrice* attivano ed effettuano in *associata* e *sinergica* armonia i movimenti dei corrispettivi sistemi di muscoli, ricevendo le *determinazioni intellettuali* del *cervello.* Sono gabinetti figliali d' esecuzione degli atti governativi (intelligenza cerebrale) : e tengonsi in rapporto più diretto coi membri esecutivi (sistemi muscolari). Hanno necessari organi di reciprocanza (*commissure*) per uniformità di azione associata e sinergica.

5.° Il *cervelletto* riconosce la *resistenza* e la *solidità* della materia, contro a cui affrancare i *movimenti volontarj*: — ne fa quindi partecipazione categorica ai *centri volontarj-motori* dei *talami peduncolari* e delle *quadrigemine* col mezzo dei proprj *peduncoli anteriori*, coi quali eziandio si mette in subordinata relazione di sudditanza verso al cervello, per la rassegna delle proprie *percezioni tattili-muscolari.*

6.° I *nervi periferici sensitivi* ricevono dagli apparecchi esterni il proprio materiale d' impressioni , lo trasmettono al proprio *centro sensoriale*, — come i vasi linfatici e le vene accolgono i loro principj dalle vie alimentari , e li consegnano alle glandule ed al fegato.

Gli speciali *centri sensoriali* digeriscono ed eleborano

codeste corrispettive *impressioni sensorie* ricevute dai nervi; e ne rassegnano l' elaborato utensibile delle *greggie percezioni al cervello*; — come le glandule linfatiche ed il fegato digeriscono ed elaborano i materiali sanguigno-chiliferi e li consegnano pel rispettivo uso al cuore ed al polmone.

Dalla circonferenza al centro.

7.° Il *cervello* fornito di quelle cognizioni del mondo esteriore (percezioni somministrategli dai singoli *centri sensoriali*), ne dispone a sua posta, ed a seconda dei proprj fini; emanando il risultato dei suoi giudizi per le attuazioni *motrici*, verso ai *talami peduncolari*; i quali ne scoccano il *comando volontario* sui gruppi *associati* e *sinergici* dei proprj *movimenti.*

Codesta emanazione centrifuga di azione s' assomiglia alla diffusione dei materiali sanguigni dal cuor sinistro verso alle diverse parti corporee.

Dal centro alla circonferenza.

8.° Una legge anatomica unica, una unica organizzazione regge il sistema nervoso di tutti i vertebrati, dal più vile pesciolino fino all' uomo. Sono sogni dei sistemi categorizzanti dei zoonomi le differenze segnate sulla essenza fisiologica degli organi encefalici dei vertebrati, imperciocchè, dal più al meno, dal grande al piccolo, tutti gli organi principali encefalici dell' uomo si riscontrano analogamente in tutti i vertebrati fino agli infimi. — Ogni differenza non ista che nel grado e nello sviluppo; siccome analogamente lo prova la perfezione graduata della corrispettiva funzionalità nella scala zoologica.

E questa impreteribile uniformità di nervosa organizzazione, quale noi constatammo in tutte le speciali parti dell'encefalo dei vertebrati, è non ultima fra le prove che ci affida di esserci accostati al vero nelle nostre ricerche nevrologiche.

§ 4.° — Noi non facemmo speciale trattazione sperimentale degli *organi centrici* del *tatto cutaneo*, del *gusto* e dell'*olfatto*, lungo le presenti ricerche nevrologiche.

Imperciocchè eglino non hanno rapporti colla vertigine nè colla *coordinazione dei movimenti volontarj.*

Tuttavia abbiamo indirettamente rilevato, che:

1.° Le *percezioni gustative* e *tattili-cutanee* manifestavansi sussistere negli animali *privi dei lobi cerebrali.* Infatti, per confessione dello stesso *Flourens*, eglino, *irritati che sieno*, *durante la letargia*, *assumono l' atteggio e l' andamento di chi si sveglia* (pag. 32); *dibattonsi sotto ai maltrattamenti* (pag. 33); *s' agitano e s' importunano per la minima irritazione* (pag. 33); *si svegliano per le irritazioni immediate* (pag. 88); ecc. ecc. . . . .

È vero che *Flourens*, onde star coerente al suo principio dell'*abolizione di tutte le percezioni sotto alle demolizioni dei lobi cerebrali,* concedette bensì che gli animali *sentissero* le impressioni *meccaniche*, ma che non le *percepissero* (!): — cioè che *non s' accorgessero delle sensazioni...* quasichè *Flourens* avesse potuto *accorgersi* delle *sensazioni* di questi animali, quand'eglino stessi *non se ne fossero accorti* (!);... quasichè il *senso cutaneo* sia diverso dal *senso impressionabile dal contatto fisico-meccanico* dei corpi;... e quasichè la sostituzione della parola: *meccanico irritamento:* a quelle di *qualità fisiche*, valesse a scambiare o diversamente interpretare i fatti.

Del resto, ognun s'avvede che i detti animali *sentivano* e s' *avvedevano di sentire* (*percezione* di *Flourens*) il *contatto fisico*, le *irritazioni meccaniche* (anche *non dolorofiche*) degli oggetti, dal momento che se ne *svegliavano*, se ne *importunavano*, se ne *dibattevano*, ... *per la* MINIMA IRRITAZIONE.

Noi abbiamo più volte veduto e verificato, che gli uccelli scerebrati, quando lor si *toccassero le zampe*, solevano rilevarle od anco scambiarle per insistervi, benchè *non fuggissero nè si togliessero di posto.*

Quanto poi al *gusto*, ci accertammo, che i sapori assai disgustosi ed amari vengono *sentiti* ed *avvertiti* (*percezione* di *Flourens*) dai medesimi animali scerebrati.

2.° Nè il *cervelletto* (almeno direttamente), nè le altre parti encefaliche, al davanti del *midollo oblungato*, non servono nè alla *sensazione auditiva*, nè *cutanea*, nè *gustativa.*

Resta adunque, che giustamente (come fecero e fanno la più parte dei fisiologi) si collochi il *centro* di queste *sensazioni* nel *midollo oblungato*; il quale (inoltre) conterrebbe eziandio degli elementi di natura e di funzione per eccellenza *veri-spinali.*

§ 5.° — Non è da intralasciarsi la rivista di ciò, che in via sperimentale fu tentato e fatto sui *coni peduncolari* e sui loro *peduncoli cerebrali.*

« Ces pédoncules (cérébraux), qui renferment dans leur épaisseur les prolongements des deux ordres de faisseaux (moteur et sensitif) de la moelle épinière, ont pour usage principal de transmettre les impressions aux *lobes cérébraux* et l'influence de la *volonté* aux organes locomoteurs . . . Quand, au lieu de diviser complétement les deux *pédoncules cérébraux*, j'ai seulement *blessé* l'un ou l'autre, voici le résultat constant, que j'ai obtenu; toutes les fois que la lésion *partielle* a été pratiquée immédiatement au devant de la protubérance, ou un peu au delà, les animaux (lapins) ont exécuté un mouvement *circulaire* ou de manége, qui a toujours eu lieu *du côté opposé à celui de la lésion*; c'est-à-dire que le pédoncule cérébral droit p. e. étant blessé, l'animal a accompli l'évolution du manége vers la *gauche*, en tournant fortement son cou et sa tête vers ce même côté. Ces faits ont été confirmés par les expériences ultérieures de *Schiff.* Le cercle parcouru a été d'autant plus petit, que la lésion se rapprochait davantage du bord antérieur de la protubérance, et qu'elle comprenait un plus grand nombre de fibres pédonculaires. Mais *tout* mouvement *circulaire* a *cessé*, quand la *section entière* de l'*un* des pedoncules a été faite immediatement au devant de la protubérance, et l'animal est *tombé sur le côté opposé* à

la lésion, quoique, après la chute, les deux membres de ce côté pussent encore accomplir des mouvements très-manifestes . . . . *Lafargue*, ayant produit deux fois ce même mouvement *circulaire* en coupant les *couches optiques*, a vu, qu'il s'opérait *du côté de la section vers le côté opposé* ».

(*Longet,* « Traité de physiologie », Paris 1850, tom. II, fasc. 2.°, pag. 218, 219).

« Si l'on coupe les *pédoncules cérébraux* (pédoncules aux quels s'unissent les fibres ou *pédoncules antérieurs* du *cervelet*), l'animal se précipite en avant avec force ».

« Sur pleusieurs lapins, j'ai blessé, j'ai coupé les *pédoncules cérébraux* au point où les *corps striés* leur adhèrent. L'animal s'est violemment élancé en avant ». (*Flourens*, pag. 487, 488, 489, 490).

Da codeste risultanze sperimentali sopra i *peduncoli cerebrali* emergono due serie caratteristiche di effetti:

1.° dei *movimenti inordinati* e *rotatorj*, — sotto la *parziale* sezione;

2.° di *paralisi opposte* (*caduta*, e non più *rotazione*), — sotto alla sezione *completa*.

E veramente i *peduncoli cerebrali* risultano:

1.° nel loro *piano superiore*, — dai *processi cerebellosi*;

2.° nel *piano medio*, — dal fascio *intermediario*, misto, *senziente* e *motore*;

3.° nel *piano inferiore*, — da esclusive emanazioni *anteriori-motrici*.

Non si comprendono le *strie olfattive* ed *ottiche*, le quali figurano nella parte *anteriore* dell'intiero cono peduncolare.

Se ciò è (come propriamente l'anatomia ci assicura); dalla lesione *non-completa* dei *peduncoli cerebrali* (cioè dalla lesione della loro porzione *superiore* ed anche *superior-media*) avverranno fenomeni di *turbe sregolate di moto*, quali succedono appunto da esportazione dell'analogo

lobo cerebelloso, dal cui *processo anteriore* sono ivi costituiti.

Ecco il *precipitarsi all' innanzi* degli animali di *Flourens*; — ed ecco i *giri* caratteristici dei conigli di *Longet* e di *Schiff*.

E (cosa importante a rimarcarsi!) codesti conigli compivano le loro evoluzioni *rotatorie* facendo perno il lato *opposto* all'offesa, — e descrivendo un *giro sempre più stretto*, quant' era *più profonda* la compromissione delle fibre *cerebellari anteriori*.

È la copia perfetta di quanto noi vedevamo sui nostri animali (conigli e porchetti d' India), operati colla *unilaterale ablazione del cervelletto*. E notisi eziandio la *crociata* loro influenza; dacchè dal *lobo cerebellare* corrispettivo dipartesi per ai *talami peduncolari* e per al *cervello* il *processo anteriore cerebelloso*, dopo che la *decussazione* erasi già compita in basso. Ed è proprietà anatomica di tutti i *centri nervosi sensoriali* per noi esaminati l'avere *decussasazione* dei proprii elementi affluenti, ed il consegnar poscia per via *diritta* al corrispettivo *lobo cerebrale* le sue proprie elaborazioni *sensoriali* (*percezioni*).

Non è quindi maraviglia (ciò che forse potette farci sorpresa sul bel principio di queste ricerche (§ 15 dell'articolo 1.°), che le *percezioni sensoriali* pur anco sussistano dal lato *opposto* alla ablazione d'*un lobo cerebrale*, — ma che da quel medesimo *opposto* lato non vengano utilizzate agli *scopi intellettivi ed istintuali* del corrispettivamente demolito *cervello*.

Infatti il *lobo cerebrale* riceve il tributo delle *sensazioni percettive* da parte dei corrispondenti *centri sensoriali* (cioè le impressioni arrecate sull' *opposto* lato corporeo), p. e. il *lobo sinistro cerebrale* dal *lobo ottico sinistro*.

Si esporti il suddetto *lobo sinistro cerebrale*; — e rimarrà la *percezione visiva* per *ambedue i lobi ottici*; ma il *cervello* non riceverà e non utilizzerà più le percezioni del

lobo ottico sinistro, cioè le *sensazioni* avute dall' *occhio destro.*

Se poi *tutte* le fibre *peduncolari* vengano recise, in allora non più il *giro turbinoso opposto*, ma sì bene la *paralisi opposta* avrà luogo. L'animale *cadrà sul fianco opposto* e vi *rimarrà caduto;* perchè vennero tagliate eziandio le fibre *volontarie-motrici* dei piani *medio* ed *inferiore.*

La *paralisi* non dà *moti* (quindi nemmeno le *rotazioni*); — la *paralisi* dà *impotenza* al moto.

Codesta idea ci deve sempre guidare nelle valutazioni degli effetti sperimentali; — ma sgraziatamente nol fu sempre nè ben valutata dai diversi autori, i quali amarono non rare volte cercare nella *paralisi* la spiegazione delle *rotazioni vertiginose*, mal attribuendo a *difetto di moto* ciò che sol era *difetto di senso.*

L'emiplegico non si regge, *cade* sul lato *paralitico* e vi *riman caduto;* — il vertiginoso s'*aggira.*

Capo 3.° — *Applicazione dei risultati di nevrologia sperimentale ai modi ed alle specie di vertigine.*

1.°

Vista, udito, tatto muscolare regolano la nostra stazione e locomozione: — il turbamento di questi sensi dà vertigine.

Le lesioni sperimentali dei centri nervosi della vista, dell' udito e del tatto muscolare danno squilibrj motivi e rotazioni vertiginose.

Nel regolare il perpendicolo della nostra stazione e della nostra locomozione, nel dirigere i nostri movimenti, nell'affrancare ed equilibrare la nostra persona, noi ci serviamo costantemente e necessariamente dei sensi, e fra questi della *vista*, dell'*udito*, e del *tatto muscolare.*

La normalità di queste sensazioni e la aggiustatezza dei rapporti che elleno ci fanno conoscere fra il nostro corpo

e fra gli oggetti esterni, somministra la precisione, l'equilibrio, la regolarità dei movimenti volontarj pei nostri muscoli.

Il turbamento ed il difetto delle suddette sensazioni implica più o meno, in ragione inversa della inassuefazione nostra, ed in proporzione diretta della gravezza o moltiplicità degli sconcerti sensoriali, un turbamento ed un difetto vertiginosi della nostra mozione e stazione.

E sperimentalmente producendo la manchevolezza o le turbe delle sensazioni appo agli animali, ne provochiamo i movimenti vertiginosi, disordinati, squilibrati, tumultuosi.

E come i soli sensi della *vista,* dell' *udito* e del *tatto muscolare* ci guidano e ci reggono e ci coordinano ai movimenti volontarj: altrettanto colla artificiale offesa della *vista*, dell' *udito* e del *senso muscolare*, e non altrimenti, suscitiamo la falsa direzione, il disordine, lo squilibrio della locomozione appo agli animali.

2.°

L'intelligenza è incolume nella vertigine.
Le lesioni sperimentali del cervello non danno effetti vertiginosi.

L' intelligenza non partecipa direttamente, o (per dir meglio) non è la funzione direttamente compromessa nella vertigine.

Quando noi siamo colti da essa, noi sappiamo dire a noi medesimi, che quei moti turbinosi degli oggetti non sono reali, che sono illusioni, che sono inganni e falsità..., e ci sforziamo in mille modi a scongiurare l' inganno, a guadagnare appoggio, ad afferrar colle braccia i corpi ed i sostegni, ad affrancarci.

Il vertiginoso (scrive *Borsieri*) « probe noscit, advertitque, rotationem illam non esse veram sed apparentem tantummodo ». — « Extensis brachiis (narra *Frank*) sustentaculum quærit, et forsitan præsentes in auxilium vocat,... nec ideo conscientiam sui perdit, aut ea, quæ sibi a sen-

sibus externis referantur, erronea esse ignorat; haud raro majore scilicet vertiginis sub impetu, et humi prosternitur æger, quin tamen sensibus et motu privatus, factorum memoriam amittat ». « Judicium rationale (osserva *Willis*) constat: nam errorem nostrum intelligimus, atque fallaciam istam spirituum animalium inordinationi statim adscribimus; quippe spiritus intra cerebrum scatentes a solita irradatione desciscere, atque motus et sensationis munia, durante paroxysmo, non rite perficere, plane advertimus ».

È quindi estraneo il *cervello propriamente detto* (ossia l'organo dell'intelligenza) alla vertigine.

E giammai gli animali offesi nei *lobi cerebrali*, giammai diventano vertiginosi. — Perdono ogni giudizio, ogni memoria, ogni appetito, ogni istinto..., ma non perdono la regolarità e l'equilibrio dei movimenti e della stazione.

3.°

Nella vertigine avvi squilibrio e non perdita dei moti volontarj. Squilibransi e non perdonsi i moti volontarj per le lesioni sperimentali dei centri sensoriali ottico, acustico e tattile-muscolare.

Nella vertigine giammai sono *aboliti* i *movimenti volontarj*: — riescono bensì *disordinati, mal diretti, squilibrati.*

Presi che siamo da capogiro, ci adoperiamo con cento guise a ristabilirci; impegniamo tutte le maniere di movimenti, e tutti i movimenti voluti si eseguiscono. — Ma ai movimenti volontarj manca la precisione, manca il perpendicolo, manca l'aggiustatezza, terminiamo per cadere.

È il ritratto di quanto osserviamo nei movimenti tumultuosi, vorticosi, squilibrati degli animali, cui siensi lesi gli organi della vista, del senso muscolare, dell'udito.

« L'animale (scrive *Flourens* per le risultanze sul *cervelletto*) *vuole* muoversi, camminare: ma nol sa;... barcolla, ondeggia, capitombola, rotea, si voltola, ad ogni cimento loco-motivo. — I suoi movimenti *volontarj* sono energici ma squilibrati ».

4.°

La rotazione apparente degli oggetti dà la vertigine e combinasi coll'apparente nostra rotazione contraria.

L' animale operato in uno dei suoi centri visivi encefalici rotasi sopra l'occhio sano.

Per tre guise di *turbamenti sensoriali* può effettuarsi la vertigine:

1.° per quello della *vista*: avviene con maggior facilità:

2.° per quello dell'*udito*; con maggior limitazione:

3.° per quello del tatto *muscolare*: con maggiore ed irreparabile gravezza.

Quando per *illusione rotatoria visiva* la quale insorge per lungo osservare gli oggetti in rapido giro o per lungo nostro giravoltare, succede il capogiro, ci pare che essi corpi si aggirino intorno a noi, e noi con essi, ma a ritroso del loro apparente o reale movimento.

E l'animale operato in uno dei suoi *centri visivi*, concepisce appunto quel *movimento irresistibile di rotazione sopra di sè stesso*, pel quale tenta riequilibrarsi in rapporto agli oggetti che gli sembrano aggirarglisi intorno;... ma nol può, perchè l'inganno continua sempre; e così ripetonsi i suoi delusi sforzi della rettificazione inafferrabile della propria posizione.

E come all'animale devono sembrar sempre mancare e sfuggire intorno intorno gli oggetti, così vi corre dietro coll' occhio ancor veggente e col corpo, onde mettersi in armonica relazione colla loro posizione falsamente fuggitiva... e gira, e gira sopra di sè stesso, dalla parte ordinariamente dell'occhio sano (sulla parte operata), col quale (diretto lateralmente qual' è) cerca invano al suo fianco di vedersi e di trovarsi una volta alfine rassicurato.

E ciò fa analogamente (benchè in minor grado) quando abbia semplicemente bendato l'un occhio.

È la *vertigine visiva*.

5.°

Gli strani frastuoni (in persone inassuefatte) producono il capogiro, specialmente con moti confusi del capo, ed anche la vertigine caduca.

Gli animali operati nei canali semi-circolari offrono squilibrio di oscillazioni del capo e di rotazioni corporee.

Nel capogiro per frastuoni siamo soliti ad agitare intorno il capo. E procuriamo star fermi, quasi per ben orizzontarci, in origliando, contro alla confusione dell' intronamento.

Ma se ci proviamo a muoverci, e se il rombazzo vieppiù ci frulla nelle orecchie e ci insegue; allora ci sorprende più facilmente il capogiro: — e se non sostassimo, e se non ci assicurassimo meglio colla vista e col tatto per dintorno a noi, verremmo al facile procinto di caderne.

Questo è ciò che capita agli animali con demoliti i canali semi-circolari e con indi arrecate le illusioni acustiche, le quali non sappiamo definire fino a qual punto arrivino o di qual ruinosa maniera avvengano; ma che non possiamo non presupporre altamente ed orribilmente gravi.

E quelli animali crollano, agitano la testa: e se si provano al movimento, ne diventano vertiginosi ed incerti e barcollanti; e tombolano all'indietro, all'avanti, sui fianchi. Però una volta che s'arrestino e quasi pongano attenzione a sè stessi per correggersi di quell' inganno abbucinante, sanno ben reggersi e sanno ben equilibrarsi.

Gli effetti sono assai più gravi negli animali con distrutti i canali semicircolari, in quanto che enormemente più gravi se ne devono accagionare le turbinose illusioni della *vertigine auditiva*; anzichè pel semplice frastuono, il quale talora confonde obbiettivamente il nostro udito.

6.°

Lo smarrimento del sentito appoggio produce la gravissima delle vertigini (come nel mal di mare) per turbamenti del senso muscolare.

Le lesioni al cervelletto accagionano il colmo degli squilibrati movimenti vertiginosi.

Se ci avvenga di smarrire la cognizione *tattile* del nostro appoggio, e se per diverse guise (nel primo capo accennate) ci pigli la vertigine per turbamento o difetto illusivo del *senso muscolare*: essa vertigine arriva al sommo suo disordine, ed alla massima gravezza infino ai noti fenomeni del tremendo *mal di mare* o di analoghi sconcerti.

E gli animali privati del *cervelletto* (organo centrico funzionatore del *senso muscolare*) ci presentano quella vertigine sì caratteristica ed irremissibile, di cui nessun paragone obbiettivo può più perentoriamente offrircisi per appoggiare con assaggi obbiettivi sperimentali una verità fisiologica.

7.°

Nella vertigine sono turbati la vista, l'udito, il tatto.

Solo col ledere gli organi centrici della vista, dell'udito e del tatto si hanno sperimentalmente gli effetti obbiettivi vertiginosi.

Nei *vertiginosi* emergono per eccellenza turbati i sensi del *tatto*, dell' *udito*, e della *vista*; siccome il fatto ce lo può ad ogni istante palesare, e come tassativamente ce ne porgono descrizione categorica i nosologi.

E gli animali, con turbati i *sensi tattile-muscolare* o *visivo* od *acustico*, e non altrimenti, addiventano appunto *vertiginosi*.

Adunque il fatto e la ragione ci provano che noi diventiamo *vertiginosi* per turbamenti o difetti *sensoriali* della *vista*, dell' *udito* e del *tatto*; — che nella vertigine abbiamo appunto un turbamento di codesti sensi: — e che in causa dei suddetti disordini *sensorj* perdiamo l'equilibrio dei nostri *movimenti spontanei*.

E precisamente la nevrologia sperimentale ci dimostra

che negli animali avviene lo *squilibrio* ed il *disordine* della *locomozione spontanea* e della *stazione*, ogni qualvolta sieno lesi gli organi del *tatto muscolare*, della *vista* e dell'*udito*.

È dimostrato dall' una parte, che la vertigine è un fenomeno, il quale fisiologicamente ed anatomicamente dipende dagli organi sensoriali ottico, acustico, tattile-muscolare : — è dimostrata d'altro canto la sede della vertigine, quanto pur la sua causa e quanto i suoi modi ne sono definiti.

Così porgiamo la mano alla patologia, perchè ben sappia cercare e riconoscere quali siano gli organi sofferenti, quale sia la malattia, quale la anatamo-patologia, quale la causa prossima, la sede, la funzione compromessa, che cosa sia il sintomo della vertigine.

8.°

Unità triplice, sensoriale, della vertigine: — riunione anatomica dei triplici organi sensorj, ond' ella nasce.

Il fenomeno della vertigine, abbenchè variante nei suoi gradi, e quantunque risultabile da un *triplice* elemento *sensorio*, tuttavia è fondiariamente *unico*, speciale e costante nella sua risultativa uniformità: — risulta cioè da *disordine locomotivo* e *statico pel mancatovi governo sensoriale*.

E come uniforme e costante è il trinario fattore fisiologico del governo locomotivo, altrettanto ne sono riuniti e reciprocati anatomicamente gli organi (fascia ottica, cervelletto, centro acustico), i quali costituiscono il RETRO-CERVELLO, si ricoverano nello sfondo cranico, e si nutrono dalle arterie vertebrali.

Ivi, e non altrimenti, è la sede centrica della vertigine.

Spiegazione delle Figure (1).

Sono tutte a grandezza naturale, tranne le 46.a, 47.a, 50.a e 63.a, che vennero ingrandite.

1.a Pesci.

Encefalo di Perca (*Perca fluviatilis*), veduto per la faccia superiore.

f - Lobi olfattivi.
c - Lobi cerebrali.
o - Lobi ottici.
q - Cervelletto.
m - Midollo spinale.

2.a

Lo stesso encefalo veduto di fianco.

f - *c* - *q* - *o* - *m* - come alla figura 1.a
2 - Nervo ottico.
i - Glandula pituitaria.
t' - Ganglj inferiori.

3.a Rettili.

Encefalo di Lucerta (*Lacerta communis*), per la faccia superiore.

c - *o* - *m* - come sopra.

4.a

Encefalo di *Anguis fragilis*, per di sopra.

f - *c* - *o* - *m* - come sopra.

5.a

Encefalo di Rana (*Rana esculenta*), per di sopra.

f - *c* - *o* - *m* - come sopra.
q - Cervelletto.
q' - Lobulo del Quinto.

6.a Uccelli.

Encefalo di Sparviere (*Accipiter nisus*), disteso in posizione orizzontale, per di sopra.

È interessante lo sviluppo trasversale di questo cervello (*lobi cerebrali*).

f - *c* - *o* - *q* - *m* - come sopra.

---

(1) Vedi fascicolo di Luglio 1858.

7.ª

Lo stesso encefalo della Fig. 6.ª, essendosene aperto il ventricolo del lobo cerebrale sinistro, nel quale vedesi il corpo striato *s*. Furono esportate le lamine cerebrali *lll* nella loro parte superiore.

c - *o* - *q* - *m* - come sopra.

q' - Appendici cerebellose laterali, che innicchiansi nella imboccatura dei canali semicircolari. (Vedi Fig. 38).

8.ª

Encefalo di Cucolo (*Cuculus canorus*), veduto di fianco.

f - *c* - *o* - *q* - *m* - come sopra.

2 - Nervo ottico.

u - Ponte di *Varolio* e midollo oblungato.

9.ª

Encefalo di *Phyrrula vulgaris*, per di sopra, coi *lobi cerebrali* divaricati, onde farne vedere la *commissura maggiore*.

c - *o* - *q* - come sopra.

x - Orificio del ventricolo laterale.

n - Commissura grigia od ottica.

b - Espansione raggiata interna dei lobi cerebrali.

10.ª

Encefalo di Cucolo (*Cuculus canorus*), per di sopra, ma con divaricati i *lobi cerebrali* per farne vedere gli oggetti più profondi.

c - *b* - *o* - *q* - *n* - *v* - come alla Fig. 9.ª

t - Rigonfiamento peduncolare dei talami.

11.ª

Lo stesso encefalo della Fig. 10.ª, per di sopra, ma con aperti e divaricati i *lobi cerebrali*, per mostrarne gli oggetti interni e profondi.

b - *o* - *q* - *t* - *v* - *n* - come alle Fig.ª 9.ª 10.ª

lll - *s* - come alla Fig. 7.ª

12.ª Mammiferi.

Encefalo di Ghiro (*Mus avellanus*), per di sopra.

f - *c* - *q* - *m* - come sopra.

13.ª

Encefalo di Porco-spino (*Erinaceus europeus*), per di sopra.

f - *c* - *q* - *m* - come sopra.

14.ª

Lo stesso encefalo della Fig. 13.ª, coi *lobi cerebrali* e *cervelletto* spaccati e divaricati, per mostrarne gli oggetti interni.

f - *m* - come sopra.

ll - Lamine circonvoluzionari, sotto cui sta il ventricolo.

LL - Corona radiante delle medesime.

S - Corpo striato.

ot - Talamo ottico: - *o* parte coperta dalla fascia midollare ottica: - *t* parte scoperta dalla medesima o rigonfiamento peduncolare dei talami (come alle Fig.e 10.a 11.a)

qq - Spaccato arborizzato del cervelletto.

z - Gambe anteriori cerebellose, che sopportano le quadrigemelle.

y - Gambe posteriori cerebellose.

IV - Pavimento del quarto ventricolo.

15.a

Encefalo di Lepre (*Lepus timidus*), per di sopra.

f - *c* - *q* - *m* - come sopra.

16.a

Lo stesso encefalo della Fig. 15.a, coi *lobi cerebrali* divaricati col *cervelletto* spaccato, per farne vedere gli oggetti profondi ed interni.

f - *lll* - *o* - *q* - *z* - *y* - *m* - IV - come alla figura 14.a

ev - Corpo calloso.

rr' - Quadrigemelle, - *r*, anteriori - *r'*, posteriori.

g - Glandula pineale.

17.a

Lo stesso encefalo delle figure 15.a e 16.a, coi *lobi cerebrali* aperti e divaricati, per mostrarne gli oggetti interni.

o - Talamo ottico.

lll - Lame circonvoluzionari, aperte e spaccate a destra.

L - Corona radiante delle medesime.

ev - Spaccato del corpo calloso.

s - *r* - *r'* - *g* - come a Fig. 14.a

18.a Embrione umano.

Encefalo di feto umano, a due mesi compiti di vita intrauterina, veduto per la parte superior-posteriore in positura e grandezza naturali.

ce - Vescicole cerebrali.

r - Vescicola delle quadrigemelle.

q - Vescicola bipartita (com'è) del cervelletto.

m - Midollo oblungato col suo 4.° ventricolo semiscoperto.

19.ª

Encefalo di feto umano, a due mesi compiti di vita intrauterina, veduto per la sua faccia superiore, collocato in piano; colle lamine delle vescicole cerebrali rovesciate all'infuori e divaricate, per mostrare gli oggetti indi coperti nel ventricolo laterale.

(Questo encefalo era stato tenuto per del tempo nell' alcool, onde se ne impicciolirono e costrinsero le vescichette delle quadrigemine e si aggrinzarono quelle degli emisferi cerebrali).

c - *r* - *q* - *m* - come alla precedente figura.

o - Talamo ottico.

v - Primo rudimento del corpo calloso.

20.ª

Lo stesso encefalo della precedente figura 19.ª veduto per la sua faccia inferiore, colle vescicole cerebrali allontanate reciprocamente, in modo da scoprirne i ventricoli laterali per di sotto.

(Questo encefalo, come si disse, era stato tenuto nell' alcool).

c - *o* - *q* - *m* - come alle precedenti figure.

21.ª

Lo stesso encefalo delle figure 19.ª e 20.ª, veduto per la sua faccia superiore, colle vescicole cerebrali divaricate dall' imbasso, con ispaccate ed aperte le vescicole delle quadrigemine e del cervelletto, per sotto mostrarvi il quarto ventricolo.

(Avvertasi che questo encefalo era stato tenuto nell'alcool).

c - *v* - *m* - *r* - *q* - come sopra.

IV. - Quarto ventricolo.

22.ª

Lo stesso encefalo delle fig. 19.ª, 20.ª e 21.ª, veduto di fianco in positura e grandezza naturali.

(Era stato tenuto nell'alcool).

c - *r* - *q* - *m* - come sopra.

23.ª

Encefalo di feto umano, a due mesi e mezzo compiti di vita intrauterina, in positura naturale, veduto lateralmente.

c - *r* - *q* - *m* - come alle precedenti figure. Del cervelletto *q* vedesi in parte anche la vescicola del lato opposto.

l - Lobulo o bulbo olfattivo.

24.ª

Lo stesso encefelo della figura 23.ª, veduto per di dietro.

c - *q* - *r*- *m* - come alle precedenti figura.

25.ª

Lo stesso encefalo delle fig. 23.ª e 24.ª, veduto per la sua faccia superior-posteriore, colle vescicole cerebrali divaricate e fluitanti nell'acqua, ov'erano messe.

c - *q* - *r* - *m* - come sopra.

26.ª

Lo stesso encefalo delle fig. 23.ª, 24.ª e 25.ª, veduto per la sua faccia inferiore, con divaricate e fluitanti ancora le vescicole cerebrali.

c - *q* - *m* - come sopra.

o - Faccia interna dei talami ottici.

27.ª

Ancor lo stesso encefalo delle fig. 23.ª, 24.ª, 25.ª e 26.ª, veduto per la sua faccia superior-posteriore, con ben divaricate le vescicole cerebrali fluitanti, per mostrarne gli oggetti sottocoperti, cioè *o* ed *r r'*.

o - Talami ottici.

rr' - Vescicola delle quadrigemelle, — *r* anteriori, — *r'* posteriori.

c - *q* - *m* - come sopra.

28.ª

Encefalo di feto umano, a quattro mesi e mezzo di vita intrauterina, veduto per la sua faccia inferiore, dopo di essersi lasciato per dieci giorni nell'alcool.

ccc - Vescicole cerebrali, in cui sono pronunciati i lobi, ma non le circonvoluzioni.

q - Cervelletto.

m - Midollo oblungato colle sue piramidi.

■ - Ponte di *Varolio*.

11 - Lobuli o bulbi olfattivi, fusi e comunicanti col cervello.

2 - Nervi ottici coll'istmo della loro aja quadrata.

29.ª

Lo stesso encefalo della fig. 28.ª, veduto dal di sopra, coi lobi cerebrali arrovesciati e divaricati per di sopra in modo da aprirne i ventricoli laterali.

ccc - *q* - come alla precedente figura.

lll - Lamine circonvoluzionari, che si sono rotte dal lembo λλ, il quale è la prima formazione della *circonvoluzione dell'orletto.*

L - Corona radiante.

S - Corpo striato. I ventricoli laterali di questo encefalo non sono ancora chiusi.

o - Talami ottici.

r - Quadrigemelle.

m - Midollo oblungato col suo quarto ventricolo.

v - Rudimento del corpo calloso, che si forma evidentemente dalla confluenza delle lamine circonvoluzionari.

30.a

Lo stesso encefalo delle fig. 28.a e 29.a, osservato per di sopra, con affatto spianate e fin tagliate ai bordi le lamine circonvoluzionarie, che furono allontanate reciprocamente.

ccc - *lll* - λλ - LL - S - *o* - *r* - *q* - *m* - Come alla figura 29.a

31.a

Parte posteriore (talami ottici, quadrigemelle, cervelletto, midollo oblungato) dello stesso encefalo delle fig. 28.a, 29.a e 30.a; osservato per di sopra con ispaccate le quadrigemelle ed il cervelletto, onde scoprire il 4.° ventricolo.

o - *r* - *q* - *m* - come nella fig. 29.a

z - Gambe anteriori del cervelletto.

32.a Pesci.

Encefalo di perca (*Perca fluviatilis*), per di sopra, con arrovesciate fuori le lame dei lobi ottici, onde mostrare gli oggetti coperti dalle stesse.

f - Lobuli olfattivi.

c - Lobi cerebrali, alquanto divaricati per farne vedere frammezzo la propria commissura (corpo calloso).

q - Cervelletto.

m - Midollo oblungato e spinale.

aa - Lame ottiche dei lobi ottici, arrovesciate fuori e vedute nella loro pagina interna delle fibre raggiate.

n - Commissura delle medesime lame.

r - Quadrigemelle.

t - Cotiledoni intraventricolari dei talami peduncolari.

33.ª

Encefelo di trotta (*Salmo fario*), per di sopra, ancora colle lame ottiche arrovesciate in fuori, e con inoltre spaccate le quadrigemine ed il cervelletto e con rovesciati in fuori questo e quelle, per mostrarne gli oggetti sottostanti ed il sottostante ventricolo quarto col suo acquidotto.

f - *c* - *q* - *m* - *a* - *n* - *r* - *t* come a fig. 32.ª

r - Spaccato delle quadrigemine.

q - Spaccato del cervelletto.

34.ª

Encefalo di ghiozzo (*Gobius fluviatilis*) tagliato longitudinalmente sulla linea mediana, per farne vedere lo spaccato e la direzione e la posizione dei due cotiledoni del talamo peduncolare.

c - *o* - *q* - *m* - come sopra.

2 - Nervo ottico.

i - Glandula pituitaria.

ï - Ganglj di rinforzo al nervo ottico (corpora geniculata?).

t' t - I due cotiledoni del talamo peduncolare, — *t* cotiledone intra-ventricolare, — *t'* extra-ventricolare, o ganglio inferiore.

a - Lama ottica.

m M M' - Midollo oblungato e spinale, — *M* colonne anteriori in relazione coi cotiledoni dei talami peduncolari, — *M'* colonne posteriori in relazione col cervelletto.

35.ª

Encefalo di trotta (*Salmo fario*), per di sotto.

1 - 2 - *c* - *t* - *o* - *M* - come alle precedenti figure.

36.ª Uccelli.

Encefalo di gallina, tagliato longitudinalmente lunghesso la linea mediana, per mostrare nello spaccato la direzione e la posizione dei due cotiledoni del talamo peduncolare.

c - *q* - *m* - come sopra.

v - Spaccato della commissura grande cerebrale.

b - Lamina raggiata del cervello.

2 - Spaccato dell'istmo dei nervi ottici.

a - Lame ottiche tagliate trasversalmente.

t - Cotiledone intra-ventricolare dei talami peduncolari.

t' - Cotiledone extra-ventricolare dei medesimi.

m - Midollo oblungato e ponte di *Varolio*.

37.a

Lo stesso encefalo della fig. 36, istessamente diviso longitudinalmente e poi tagliato ancora in due porzioni per una sezione trasversale, che passa per la metà dei lobi ottici, onde farne vedere il sistema dei due cotiledoni dei talami peduncolari.

c - *b* - *v* - *a* - *t* - 2 - *o* - *q* - *m* - come sopra.

38.a

Encefalo di agla (*Falco buteo*), per di sopra, con alquanto divaricati dall'indietro i lobi cerebrali, onde mostrarne i retrostanti tubercoletti peduncolarl *t'* dei talami.

c - *q* - *o* - *m* - come sopra.

q' - Appendice cerebellosa, che si insinua nella imboccatura del canale semicircolare trasversale od orizzontale.

I. II. III. - Canali semicircolari, — I. orizzontale o trasversale, — II. vertical-superiore o anteriore, — III. vertical-inferiore o posteriore.

39.a

Lo stesso encefalo della fig. 38 con divaricati i lobi cerebrali e col cervelletto spaccato, del quale sono allontanati i due segmenti per mostrarne gli oggetti infra e sottoposti.

c - *o* - *m* - come alla fig. 38.

v - Corpo calloso.

b - Lamina raggiata.

n - Commissura molle delle lame ottiche.

4 - Origine del nervo patetico.

q - Spaccato arborizzato del cervelletto.

IV. - Pavimento del quarto ventricolo.

y - Gambe posteriori del cervelletto.

z - Gambe anteriori del cervelletto.

t' t'' - Cotiledoni extra-ventricolari dei talami peduncolari, — *t'* tubercoletti sporgenti dei medesimi, — *t''* porzione inferiore dei medesimi.

40.a

Encefalo di *Phyrrula vulgaris*, veduto per la base.

o - *c* - *m* - come sopra.

f - Lobuli olfattivi.

q - Cervelletto.

t' - Porzione inferiore dei cotiledoni extra-ventricolari dei talami peduncolari o *nodo grigio*.

2 - Nervi ottici.

41.a

Encefalo di gallina, spaccato longitudinalmente lungo la linea mediana, per mostrarne i cotiledoni extra-ventricolari dei talami peduncolari.

c - *b* - *v* - *m* - come sopra.

2 - Spaccato dell'istmo dei nervi ottici.

t' t'' - Cotiledoni extra-ventricolari dei talami peduncolari; — *t'* tubercoletti soprasporgenti dei medesimi; — *t''* loro parte inferior-interna che fininisce nel *nodo grigio*.

q - Spaccato arborizzato del cervelletto.

m - Midollo oblungato e ponte di *Varolio*.

42.a Rettili.

Encefalo di lucerta (*Lacerta communis*), per la base.

f - Lobuli olfattivi.

c - Lobi cerebrali.

o - Lobi ottici.

2 - Spaccato del chiasma dei nervi ottici.

m - Midollo oblungato e spinale.

t' - Nodo grigio o rudimenti dei *gangli inferiori* (*t'* dei pesci), o cotiledoni extra-ventricolari dei talami peduncolari.

43.a

Lo stesso encefalo della fig. 42, veduto per di fianco.

f - *c* - *o* - *m* - *t'* - come alla fig. 42.

2 - Nervo ottico.

q' Appendice cerebellosa.

44.a

Encefalo di rana (*Rana esculenta*), per di fianco.

f - *c* - *o* - 2 - *t'* - *q'* - come alla fig. 43.

45.a

Lo stesso encefalo della fig. 44, veduto per la base.

f - *c* - *o* - 2 - *t'* - *m* - come alla fig. 43.

46.a

Encefalo d'embrione di salamandra terrestre (*Salamandra terrestris*) a 40.° giorno del suo sviluppo; — ingrandito, veduto per la faccia superiore.

(È copiato dalla figura 15.a della tavola II dell'*Histoire natu-*

relle de la salamandre terrestre, Pavia, 1854, di *Mauro Rusconi*).

c - *o* - *m* - come sopra.

i - Glandula pineale.

47.ª

Encefalo di embrione di rana (*Rana esculenta*), a ottavo giorno di suo sviluppo, ingrandito, veduto per la sua faccia superiore.

(È copiato dalla figura 6.ª della tavola IV della Monografia di *M. Rusconi Sur le dèveloppement de la grenouille commune*, Milan, 1846).

c - *i* - *o* - *m* - come sopra.

q - Cervelletto.

q' - Lamina coroidea stesa sul quarto ventricolo.

48.ª

Encefalo di *Proteus anguinus* veduto per di sopra.

(È copiato dalla 11.ª figura della tavola IV dell'or citata Monografia di *M. Rusconi*).

c - *q* - *m* - come sopra.

49.ª Uccelli.

Embrione di pulcino, veduto posteriormente e un pò di fianco.

(È copiato dalla 2.ª figura della tavola XV di *Carus*).

c - *o* - *q* - *m* - come sopra.

50.ª

Encefalo d'embrione di pulcino, dopo 10 giorni e 13 ore di covazione, ingrandito, spaccato longitudinalmente e veduto pel suo lato interno.

(È copiato dalla 1.ª figura della tavola I della sezione 2.ª del *Saggio* di *Rolando*).

f - Bulbo olfattorio cavo.

c - Lobo cerebrale cavo.

g - Glandola pineale.

o - Lobo ottico cavo.

a - « Apertura, che conduce alla cavità dei talami, il di cui margine si continua colla commessura che unisce i detti talami ». (*Rolando*).

q - « Cervelletto, diviso per metà per dimostrare come comincia ad incresparsi ed a formare pieghe poco profonde, di modo

che tanto una metà come l'altra presenta la figura d'una conchiglia bivalve del genere *venus* o *cardium* ». (*Rolando*).

z - Peduncoli anteriori del cervelletto.

y - Peduncoli posteriori del cervelletto.

IV. - Quarto ventricolo.

w - Midollo oblungato e ponte di *Varolio*.

2 - « Punto dove i nervi ottici si trovano strettamente uniti » (*Rolando*) o istmo dei nervi ottici.

51.a Mammiferi.

Encefalo di coniglio, osservato per di sopra, con esportato il lobo cerebrale destro, per lasciarvi vedere i retro e sottocoperti oggetti (talamo ottico e quadrigemelle).

c - Lobo cerebrale sinistro.

o - Talamo ottico.

g - Glandula pineale.

4 - Origine del nervo patetico.

r r' - Quadrigemelle, — *r* anteriori, — *r'* posteriori.

q - Cervelletto.

m - Midollo oblungato e spinale.

52.a

Parti posteriori (retro cervello) d'encefalo di coniglio vedute lateralmente.

o - *r* - *r'* - 4 - *m* - come alla figura 51.a

2 - Nervi ottici decussantisi.

2' - Tractus opticus.

t' - Massa grigia e pavimento del 3.° ventricolo.

p - Peduncolo cerebrale.

w - Ponte di *Varolio*.

53.a

Talamo ottico e quadrigemelle di montone, veduti di fianco.

o - 2' - 2 - *p* - *g* - *r* - *r'* - *q* - *w* - *m* - come sopra.

54.a

Spaccato trasversale dei talami ottici d'un bue, praticato al margine superiore dei nervi ottici.

(È copiato dalla fig. 1 della tavola VIII del *Saggio* di *Rolando*).

a a' a'' - Lama ottica o fascia midollare dei nervi ottici; —

a a strato superficiale, midollare del tractus opticus; — *a' a'* strato grigio; *a'' a''* strato interno, fibroso, raggiato.

t - Cotiledoni intra-ventricolari dei talami peduncolari.

M - Piano inferiore o piramidale dei peduncoli cerebrali, che superiormente mettesi in relazione col cotiledone extra-ventricolare dei talami peduncolari.

t' - Sostanza grigia del tuber cinereum.

V - Pilastri anteriori della volta.

m - Cordoncini midollari, spinali-anteriori.

55.a

Spaccato trasversale dei talami ottici, praticato al margine inferiore della fascia midollare dei nervi ottici d'un bue.

(È copiato dalla Fig. 3 della Tavola VIII del *Saggio* di *Rolando*).

a a' a'' - *t* - *t'* - *m* - *M* - *v* - come sopra.

56.a

Encefalo di *Talpa caeca,* veduto per la base.

f - *c* - *q* - *m* - come sopra.

t' - Base dei talami peduncolari o massa grigia.

n - Commissura.

57.a

Lo stesso encefalo di *Talpa caeca,* osservato per di sopra e spaccato sulla linea mediana superiore, essendosi divaricati i segmenti dei talami ottici e delle quadrigemine.

c - *o* - *r* - *m* - *q* - come sopra.

58.a Pesci.

Encefalo di Tinca (*Tinca vulgaris*), per di sopra.

c - Lobi cerebrali.

o - Lobi ottici.

q - Cervelletto.

q' Appendice cerebellosa, o lobulo del Par-quinto.

X - Lobuli succentoriati del Par-vago.

m - Midollo oblungato e spinale.

59.a

Lo stesso encefalo della Fig. 58.a, veduto lateralmente.

c - *o* - *q* - *q'* - X - *m* - come sopra.

2 - Nervo ottico.

10 - Nervo pneumo-gastrico.

t' - Gangli inferiori.

60.ª

Encefalo di vairone (*Leuciscus muticellus*), per di sopra.

c - *o* - *q* - *m* - come sopra.

Notinsi, dietro al cervelletto *q*, le tre granulazioni meningee, che trovansi sulla coroidea del 4.º ventricolo. Di tali granulazioni meningee non è raro trovarne a ridosso della massa encefalica dei pesci, specialmente al luogo qui indicato. Ma non bisogna confonderle colla massa nervosa, facendone altrettanti ganglietti, come mal fecero alcuni zoonomi.

61.ª Rettili.

Encefalo di testuggine.

c - *o* - *q* - *q'* - *m* - come sopra.

f - Lobuli olfattivi.

62.ª

Encefalo di coccodrillo, osservato per di sopra, aperto e divaricato.

(È copiato dalla 6.ª figura della Tavola XII di *Carus*).

cc - *ss* - lobi cerebrali, divaricati, tagliati ed aperti nella loro porzione superiore, onde sotto alla *cc* membrana circonvoluzionare farne vedere entro al suo ventricolo laterale i corpi striati *ss* tagliati anch'essi trasversalmente.

v - Corpo calloso.

t' Rigonfiamento o tubercolo libero peduncolare del cotiledone extra-ventricolare dei talami peduncolari, - e sopra ad essi la glandula pineale.

o - Lobi ottici, dei quali il sinistro è aperto col taglio della lama ottica.

4 - Origine del quarto pajo.

q - Cervelletto, spaccato ed aperto.

r - Quadrigemelle (*ganglions au fond du 4.e ventricule*, di *Carus*).

m - Midollo oblungato e spinale.

63.ª

Encefalo ingrandito di rana, per di sopra.

(È copiato dalla 5.ª figura della Tavola XII di *Carus*).

f - Lobuli olfattivi.

c - Lobi cerebrali, e, dietro ad essi, i cotiledoni peduncolari dei talami.

o - Lobi ottici, con in mezzo la glandula pineale.

q - Cervelletto.

q' Lobulo succentoriato cerebelloso, o ganglio del trigemino, o (meglio) lame vasculaire, qui remplit le quatrième ventricule (come scrive *Carus*). Anche *Rusconi* giudica essere *lama vascolare, coroidea meningea*, questa laminetta, cui quasi tutti gli anatomozoonomi danno per *cervelletto*.

IV - Quarto ventricolo.

m - Midollo oblungato e spinale.

Relazione di un'epidemia di febbre puerperale tifoidea che dominò nell'I. R. Istituto alle Laste presso Trento nella primavera 1858; *del dott.* CARLO ESTERLE, *professore d'ostetricia e medico primario nel suddetto Istituto.*

La febbre puerperale costituisce il più temuto flagello degli istituti delle partorienti, tanto per la natura sua misteriosa, gravissima e ribelle il più delle volte ai metodi più accreditati di cura, quanto per la facilità con cui si propaga e si moltiplica, assumendo forme epidemiche e contagiose; per cui insorge non lieve difficoltà di arrestarne la maggior diffusione, ove non si voglia ricorrere a mezzi estremi, all'evacuazione cioè più o meno completa degli istituti.

Lo stabilimento alle Laste ebbe pure in quest'anno a deplorare molte vittime côlte da tale morbo, il quale vi si insinuò lentamente con casi sporadici dapprima, e più tardi assunse una diffusione ragguardevole, con carattere di straordinaria malignità, e decisamente contagioso. Non venne ommessa alcuna cura, non trascurata alcuna misura per frenarne il progresso, ma fu indarno, per cui si dovette risolversi a licenziare finalmente quasi tutte le gravide ricoverate ed a sospenderne per qualche tempo l'ulteriore accettazione.

Esporrò succintamente l'andamento della malattia fino dal suo

primo sviluppo, ed i caratteri clinici e necroscopici della medesima; cercherò di indagare scrupolosamente le cause prossime e lontane che potrebbero incolparsi dell'invasione della epidemia, ed aggiungerò pure quei pensieri sulla natura e sulla cura di questo morbo, i quali spontaneamente mi si offrivano dalla diligente osservazione dei fatti. Non arroganza di farmi giudice in una questione tuttora vivamente agitata, ma bensì il bisogno che abbiamo di raccogliere ulteriori materiali e spassionate osservazioni per definire un giorno con più precisione questa importantissima malattia, mi spinse al presente lavoro, il quale vorrei venisse giudicato sotto tale aspetto.

I. *Influenze epidemiche dominanti.*

Per ben apprezzare lo stato sanitario dell'istituto nell'anno corrente, fa d'uopo osservare che in generale l'inverno decorso, e non meno la successiva primavera, furono contraddistinte per un carattere tifoso delle malattie, il quale in alcuni luoghi del nostro territorio assunse un'estensione notevole, costituendo delle vere epidemie, in parecchi paesi essenzialmente fatali alle puerpere. La città di Trento però non ebbe che a risentirsi mediocremente di questa influenza.

Nell'istituto stesso sviluppossi nell'inverno un'epidemia fra i fanciulli lattanti, i quali venivano presi quasi improvvisamente da diarrea infrenabile, talvolta sanguigna, con vomito verdastro o bianchiccio, con ragguardevole gonfiezza e sensibilità del ventre, specialmente del fegato, con convulsioni, oppure con sopore, con polsi frequenti, piccoli ed oscuri, con ansietà forte di respiro, con pelle più o meno fredda e livida, e nella maggioranza dei casi con itterizia estesa a tutto il corpo, il quale si tingeva di un colore giallo oltremodo intenso e scuro. Tutta la serie di questi fenomeni si sviluppava in brevissimo tempo e rapidissimo era il corso della malattia, per cui ordinariamente in 48 ore, o meno, il bambino era morto, od in via di deciso miglioramento. I casi furono circa 70 e due terzi quasi ebbero a soccombere. La sezione mostrò generalmente una forte congestione negli intestini, nello stomaco e specialmente od anche esclusivamente nel fegato, un'iperemia cerebrale, talvolta con effusione sie-

rosa, oppure con edema del cervello. Il morbo non sembrava contagioso, tuttavia vedendo più bambini sanissimi assaliti quasi d' improvviso e con massima violenza, si ritenne opportuno consiglio di praticare qualche isolamento ed avere riguardi scrupolosi per la biancheria ed i letticciuoli. Ma nulla giovò, e solo coll' aprirsi della buona stagione scomparve ad un tratto la malattia.

Se anche non si potrà ritenere che fra questa malattia e quella sviluppatasi successivamente (ed in parte contemporaneamente) nelle puerpere abbia esistito un nesso diretto, non ostante dovrassi convenire sul dominio d'una costituzione assai favorevole alle affezioni che prediligono i visceri addominali, le vene, il cervello. Ed a questa sorte di malattie spettano certamente i tifi, le febbri puerperali, nonchè l' affezione ora descritta dei bambini, vogliasi considerare quest' ultima come una flebite gastro-epatica, oppure come una malattia primitiva del sangue, questione d' altronde che in tutte queste forme morbose viene ogni giorno agitata.

Sotto tali influenze si destarono nell' istituto già nell' inverno diversi casi di vera febbre puerperale, i quali però pel loro numero e per gli intervalli che passarono liberi, non costituirono nel senso comune della parola una vera epidemia, e soltanto nel mese di maggio, per la maggiore e non interrotta diffusione, poteano chiamarsi con tale nome. Io poi credetti opportuno, anzi necessario, di comprendere in questa storia anche i casi che precedettero, essendochè i medesimi formano pel nosografo intrinsicamente e scientificamente un tutto solo colla epidemia consecutiva, di cui, come prodromi, sono parte integrante, essendo d' altronde dovuti alle medesime generali influenze.

II. *Sviluppo e progresso dell' epidemia.*

Fino dal novembre p. p. si manifestò una tendenza all' affezione, che più tardi potentemente infieriva, ed i parti erano seguìti assai più del consueto da infiammazioni variamente localizzate. Ebbersi ad osservare tre casi di metrite (nelle puerpere N. 303, 341, 263) uno di ovarite destra (312) ed uno di flebite femorale (343) (*Leuco flegmasia alba dolens*). Svilupparonsi inoltre due casi gravissimi di tifo addominale (N. 1, 287). Due metriti avvennero in puerpere operate col forcipe, ed una dietro parto molto

lungo, essendosi la testa rivolta colla faccia al pube. Gli altri casi si spiegarono dopo parti regolari. Tutte queste inferme guarirono.

Nel dicembre ebbersi pure quattro casi di metrite ed uno di ovario-peritonite (nelle puerpere N. 24, 34, 10, 280, 28), due volte con caratteri decisi del processo puerperale (10, 24), ed inoltre una febbre gastro-tifoidea (342), sempre dopo parti spontanei e regolari, e sempre con esito felice.

Nel mese di gennajo si verificò un caso di gravissima febbre puerperale in una donna (49) la quale durante il parto era stata presa da tre assalti di eclampsia, che cessò ad un salasso ed alla sortita spontanea e sollecita del feto. Essa ebbe a soccombere dopo tredici giorni di malattia. Altro caso molto grave presentò la puerpera N. 40, la quale dopo un parto felice era stata presa da febbre puerperale sotto forma di metro-flebo-ovarite. L'esito fu in lei felice.

Nel febbrajo occorsero quattro casi di febbre puerperale, tutti assai gravi, nelle puerpere N. 90, 88, 96, 87. Due ebbero a soccombere (87 96), guarirono le altre. Svilupparonsi inoltre due metriti ragguardevoli, però senza i caratteri proprii del processo puerperale (99, 86). Tra queste inferme due erano state operate col forcipe per ristrettezza pelvica.

Nel marzo moriva la puerpera N. 81 per febbre puerperale, con ascessi metastatici nelle cavità articolari d'ambidue le ginocchia. Essa ebbe il parto spontaneo e regolare, ma alquanto lungo, essendosi presentate le natiche. Ammalarono inoltre di febbre puerperale le puerpere N. 107 e 108. Entrambi partorirono nell'ottavo mese di gravidanza, l'una un feto vivo, un semicefalo l'altra.

Nell'aprile notaronsi tre casi nella prima metà del mese (156, 179, 135). La puerpera 156 era stata presa da vajuolo confluente già prima del parto, il quale in conseguenza ebbe luogo prematuro, e sùbito dopo si sviluppò gravissima febbre puerperale che la condusse rapidamente a morte. Erano più miti gli altri due casi ed ebbero buon esito.

Fino a quest' epoca i casi furono in numero limitato; correvano intervalli di tempo piuttosto lunghi, senza che se ne manifestassero di nuovi; l'indole di questi era più trattabile, per cui non frequentissimi gli esiti infelici, ed abbastanza lunga la durata

della malattia. Furono in tutto 14 casi in cinque mesi, cinque dei quali seguìti da morte.

Soltanto nel maggio e nei primi giorni di giugno, la malattia prese un'intensione tale da costituire una vera epidemia. In quest'epoca i casi ci succedettero numerosi. senza interruzione, tutti gravissimi, e con mortalità ognor crescente.

Ebbero luogo in questo periodo 43 parti e 17 puerpere vennero colpite da febbre puerperale, 12 delle quali dovettero soccombere. Il massimo dell' intensità mostrossi nei primi giorni di giugno, essendochè di otto parti che ebbero luogo, sette vennero seguìti immediatamente da gravissima febbre puerperale e tutte sette condotte a morte con somma rapidità. Aggiungasi che tutti questi parti erano stati spontanei e regolari. Si fu allora che si prese la determinazione di licenziare tutte le gravide, delle quali era imminente il parto, e quelle pure che, prese da spavento, preferirono di sortire dall'istituto, e di sospendere temporariamente l'accettazione. In tal guisa s'estinse l'epidemia, la quale altrimenti avrebbe senza dubbio mietuto ancor numerose vittime, avendo assunto un carattere oltremodo maligno, quasi dissolutivo, e decisamente contagioso.

Tutti i casi, che nel complesso furono 31 con 17 morti, si spiegarono generalmente a gruppi, lasciando poi intervalli più o meno lunghi senza che si manifestassero casi nuovi. Però notisi, che dal dicembre in poi furono assai pochi i giorni in cui non esistessero una o più inferme di febbre puerperale nell'istituto.

Cinque volte si spiegò la malattia dopo parti operativi (4 applicazioni di forcipe ed un rivolgimento) ; negli altri casi il parto era sempre stato spontaneo e regolare, soltanto seguìto da perdite più o meno abbondanti in quattro casi.

Non ho compreso in questo numero diversi casi di metrite, di ovariti, peritoniti e flebiti femorali, perchè non mostravano i caratteri decisi di vera febbre puerperale, benchè io creda che anche in essi abbia agito più o meno sul loro sviluppo, e sul loro andamento, il carattere proprio della dominante influenza. Però non meritarono questo nome, come non meritano il nome di vero cholera le diarree choleriche.

III. *Sintomatologia.*

Credo opportuno di comprendere in una descrizione cumulativa i casi avvenuti, essendo inutile e tedioso per la troppa rassomiglianza ed identicità di esporre la storia dettagliata d'ognuno; non tralascierò però di notarne le differenze essenziali ed importanti.

L'invasione avea luogo generalmente 12-30 ore dopo il parto, con accesso di freddo lungo ed intenso. Due volte erasi manifestato l'assalto della febbre a freddo già nel primo stadio del parto, e due altre volte 24 ore innanzi che si sviluppassero le prime doglie, producendo molta irregolarità nelle contrazioni uterine, e notevole prolungamento del parto. Poche furono le donne nelle quali la malattia si spiegasse soltanto nel quarto o quinto giorno del puerperio; ed in nessuna fu più tardiva. I casi in cui la febbre cominciò prima dell' espulsione del feto successero ad epidemia avanzata, ed erano di decorso rapido e funesto.

La febbre a freddo era in generale il primo segnale; però molte volte preesisteva qualche sensibilità maggiore dell' utero, lentezza nel contrarsi, od un rilasciamento ed ingrandimento dello stesso, ove fosse già bene contratto; pesantezza alla testa o sonnolenza eccessiva, inappetenza, lingua e pelle talvolta asciutte, altre volte forte calore, traspirazione cutanea oltre il solito accresciuta, ed una vaga inquietudine morale. Ritengo che una scrupolosa osservazione avrebbe forse in ogni caso constatato un qualche sintomo morboso precedente alla febbre.

Il primo freddo era quasi sempre intenso, lungo e diffuso a tutto il corpo; alcune volte però si limitò a pochi brividi molesti e fugaci, restringendosi alle membra, od alla schiena. Esso si rinnovò quasi costantemente più volte ad intervalli irregolari di 12-24-30 ore. In qualche caso non si ebbe che un solo accesso, ed in molti, a quello che segnò il principio della malattia, tennero dietro degli altri ad epoca più remota: il ridestarsi tardivo di questi accessi era quasi sempre di fatale indizio, mentre il freddo ripetuto due o tre volte nell'ingruenza del morbo, non era segno costante di maggiore gravezza, come non lo era sempre una durata prolungata del primo accesso.

Contemporaneamente, o poco dopo, od alcune volte anche prima, destavansi i sintomi morbosi dell'utero e dei suoi annessi.

Questi sintomi erano naturalmente varj, a norma della speciale localizzazione del morbo, ma non sempre corrispondenti all'intensità e gravità dello stesso, e talora quasi inapprezzabili nell'invasione della malattia.

Non mancarono però mai una qualche tumefazione del globo uterino, e dolore di vario grado.

La tumefazione insorgeva per lo più rapidamente, ed in diversi casi era notevolissima, per cui l'utero impicciolito dopo il parto, tornava ad elevarsi al di sopra dell'ombilico, oppure inclinandosi ad un lato, a raggiungere le coste spurie. Per lo più dopo qualche giorno la tumefazione diminuiva, senza che si manifestasse contemporaneamente un vero miglioramento. Variabile pure presentossi la consistenza dell'utero. Molle in principio, si facea talvolta in appresso di durezza quasi lapidea, ad onta del ragguardevole volume, per cui tale durezza non a forte contrazione, ma ad infiltramento o congestione eccessiva era da ascrivere. La sua forma pure molte volte divenne irregolare, e manifestamente bernoccoluta. La gonfiezza e tensione del basso ventre seguiva, con maggiore o minor prontezza, ma costantemente, ed un ragguardevole meteorismo mancò rarissime volte, specialmente a malattia inoltrata.

Nell' endometrite questi sintomi erano assai meno rilevanti, specialmente in principio, e molte volte non s' ebbe altro segnale dell' ingruenza di questa forma, fuorchè un eccessivo calore con sensibilità squisita della vagina e del collo uterino, cui s' aggiungevano sollecitamente i fenomeni funzionali e generali.

Variabile pure era la sede ed il grado del dolore. Benchè tutto il globo uterino fosse dotato di esagerata sensibilità, pure il dolore era sempre più forte in uno dei lati e generalmente nel destro. Limitato in principio, acquistava gradatamente un' estensione maggiore, diffondendosi ora verso la colonna vertebrale, ora ai lati del ventre verso la milza e verso il fegato, ed occupando più tardi quasi tutta la superficie del ventre, sia in seguito a peritonite diffusa, sia per la somma distensione gazosa degli intestini (segnatamente del colon) e dello stomaco. Il grado del dolore era ordinariamente moderato, e quasi mai corrispondente all'intensità dei processi morbosi, dimodochè da qualche inferma era sentito soltanto sotto la pressione. Le ammalate tolleravano facilmente il

peso delle coperte e dei cataplasmi, a differenza di quanto si osserva nelle ordinarie peritoniti. Il dolore diminuiva per lo più dopo la formazione di qualche esito e sull'ultimo stadio della malattia, ad onta di una distensione del ventre talvolta enorme. Il che era in gran parte da ascrivere ad una profonda lesione della innervazione e del sensorio comune.

Al dolore ed alla tumefazione potevansi in molti casi aggiungere nel secondo stadio della malattia i segni di effusione sierosa, o purulenta, o mista, avvenuta nel cavo peritoneale, i quali si manifestavano alla palpazione ed alla percussione. Questi segni erano frequentemente più o meno oscuri, e la diagnosi d'un esito avverato avea bisogno di rinforzarsi coi sintomi generali.

Le facoltà mentali conservavansi integre nei primordj della malattia. In alcuni pochi casi però il primo accesso di febbre era accompagnato da qualche esaltamento, da vaniloqui, da movimenti convulsivi, da inesprimibile angoscia o da vago timore di morte, ed assai volte da forte cefalea gravativa, specialmente nella regione occipitale. Questi sintomi erano in principio fugaci, e qualche volta mancanti del tutto. Ma col progredire del morbo anche il cervello ebbe costantemente a risentirsi. In molte s' accrebbe la cefalea, oppure si sviluppò un delirio, o continuo, o periodico, specialmente nelle ore notturne, con tentativi di fuggire; in altre uno stato più o meno soporoso, ed anche un coma perfetto, soprattutto negli ultimi giorni della malattia; due o tre volte osservossi una straordinaria gajezza, e nella maggioranza dei casi con funzioni intellettuali ordinate bensì, ma tarde oltremodo, una perfetta apatia, un indifferentismo assoluto, quale assai volte si ritrova nei cholerosi. Aggiungerò che uno straordinario eccitamento con vaniloqui o convulsioni, era molte volte prodromo o compagno dell'eruzione miliarosa, oppure conseguenza della rapida scomparsa di questo fugace esantema, il quale, come dirassi in seguito, frequentemente accompagnò la febbre puerperale.

Meno pronunziate furono le lesioni del sistema nerveo-motore, e consistevano per lo più in sussulti frequenti dei tendini, increspamenti delle dita, quali si osservano nel tifo, e crampi alle estremità. Le convulsioni forti erano rare, soltanto in un caso aveano assunto la forma tetanica. Nell' ultimo stadio compariva quasi costantemente una somma difficoltà nella favella, non però dipendente da ingrossamento della lingua.

Somma poi era la prostrazione generale, e difficili e faticosi i movimenti tutti, non solo pel dolore che provocavano al ventre od alla schiena, ma per una vera inerzia della contrazione muscolare.

La circolazione era lesa in modo costante e gravissimo. I polsi nel primo ingresso della febbre erano per lo più vibrati, resistenti e numerosi di 100-120 battiti per minuto. Tale frequenza diminuiva in seguito, per ridestarsi però più tardi ed accrescersi quasi di continuo fino al termine della malattia nei casi infelici. S'intende che ogni nuovo accesso, ed ogni esacerbazione (per lo più vespertine), erano accompagnati da maggior frequenza. In alcuni casi la celerità del polso era massima fino da principio, avendo 140-160 battiti; quanta maggiore era la frequenza, tanto minore trovavansi la durezza, tensione e resistenza. Dopo un periodo variabilmente lungo della malattia, i polsi si rendevano costantemente piccoli, tremolanti, fugaci, mollissimi, e faceano sentire al dito una oscillazione ed un fremito particolare, come d'un canale imperfettamente ripieno e dilatato irregolarmente ed a vibrazioni dal fluido che vi passava.

Il cuore partecipava dei caratteri del polso; fortemente pulsante in principio, più tardi i suoi battiti si faceano più oscuri, minore assai l'impulso e l'urto, stentata ed imperfetta la sua contrazione. Riscontrai costantemente dopo pochi giorni di malattia un forte e distinto rumore di soffio, o meglio di soffregamento molle, più chiaro nel primo tempo, diffuso all'aorta ed all'arteria polmonare, e sensibile in tutta l'estensione del cuore, ma più di tutto in prossimità dello sterno.

È inutile il dire che i polsi, approssimandosi la morte, divenivano irregolari, sfuggevoli, più o meno impercettibili, e frequentissimi. Tale condizione durò qualche volta due e più giorni.

In alcuni pochi casi che ebbero rapidamente un termine fatale, i polsi presentavano tale carattere fino dal principio del morbo.

Coll'estrazione di sangue, sia col salasso, sia con sanguisughe, i polsi nei primordj diminuirono generalmente di tensione e di frequenza. Ad epoca più avanzata, cedeva bensì la resistenza, ma cresceva molte volte la celerità con male augurio per l'inferma. Aggiungo che alcune volte tale effetto seguiva anche ad una prima e moderata sottrazione.

Il sangue estratto era per lo più assai nero, e formava generalmente abbondante e densa cotenna. Questa compariva talora soltanto al secondo salasso, e cresceva in seguito con graduata diminuzione del cruore. In alcuni casi il sangue era denso, quasi piceo, non formava cotenna, stentatamente si separava dallo siero, e qualche rara volta sortiva rutilante. Lo siero era generalmente molto colorito, ora rossiccio, ora verdastro, ora lattiginoso e denso. Vi si riscontrava costantemente moltissima albumina e sali, specialmente cloruri.

Notiamo che parlasi di sangue estratto nel primo od al più nel secondo stadio del morbo.

Risultava in complesso come fatto costante un accrescimento ragguardevole di fibrina e di albumina, con diminuzione progressiva dei globuli rossi, e con aumento dei globuli bianchi. Tale alterazione venne indicata da tutti gli osservatori clinici di questo morbo, e sembra che debbasi pure ammettere un costante aumento di globuli adiposi, e la presenza di moltissime cellule epiteliali, dovute alla desquammazione interna dei vasi. — Meno certa si è la presenza di ammoniaca carbonica ed idro-solforica e di acido lattico libero nel sangue circolante, come pure abbisognano ulteriori prove perchè si possa ritenere per fatto certo la presenza di globuli purulenti nello stesso.

La respirazione non era alterata nel principio della malattia, ove si eccettui quella frequenza maggiore, quel bisogno di sbadigli e di profonde ispirazioni, che accompagnano più o meno ogni accesso febbrile. — Però in alcuni casi una ansietà di respiro, unitamente a straordinaria sonnolenza, precedeva d'un giorno e più lo sviluppo della febbre puerperale.

Nel corso della malattia poi comparivano sempre ragguardevoli lesioni di questa funzione, ed erano segno di molta gravità. Ansante e frequente si facea allora il respiro (perfino 60 ispirazioni in un minuto), stentata oltre modo ed impedita la respirazione profonda, e molte volte accompagnata da forti dolori all'utero, al ventre, alla pozza dello stomaco, ai fianchi od al cuore, cui s'aggiungeva tosse violenta e secca, singhiozzo, e nei casi fatali un rantolo ognor crescente. — L'alterazione del respiro era molte volte compagna ed effetto del meteorismo, ma esisteva anche senza lo stesso.

Questa funzione, come pure la circolazione, mostravano talora gravi ed improvvise alterazioni al comparire od allo sparire della miliare.

La lingua era generalmente asciutta in principio, e non sempre sporca; più tardi la si trovava coperta di muco biancastro, oppure essiccato e nerognolo, e tali si mostravano anche le labbra e le narici; i denti pure divenivano frequentemente fuligginosi; era per lo più ardentissima la sete, assai più che nol comportasse la condizione della febbre e della mucosa buccale e linguale. Le bibite ghiacciate non erano in generale aggradite che per breve tempo; predilette le subacide.

La escrezione delle feci mancava come di consueto nei primi giorni del puerperio, per cui generalmente era d'uopo provocarle e facilitarle. La stitichezza però cedeva ordinariamente il luogo alla diarrea, remittente talora, ma generalmente ostinata e benanche infrenabile. Recava essa un sollievo momentaneo in principio, ma la sua pertinacia era indizio cattivo; non l'ho mai riscontrata critica. Le materie fecali erano oltremodo fetenti e nerastre, ed alcune volte sanguinolente; le scariche a morbo avanzato si faceano involontarie e quasi continue. Frequentissima era la verminazione e talvolta in copia straordinaria.

Più raro era il vomito, e dipendea ora da compressione, ora da irritazione idiopatica del ventricolo. Ordinariamente, se verdastro e mucoso, conteneva alcune volte materie fecali e vermi intestinali, in qualche caso perdurò ostinatamente, con sommo tormento delle inferme, per molti giorni.

Le orine erano in generale abbondanti, ma la loro emissione era, o fino dal principio, od in seguito, difficile, ed anche impossibile; necessario perciò il praticare la siringazione anche più volte al giorno. Nell'ultimo stadio era frequente l'emissione involontaria; dava buon augurio quando le inferme poteano di nuovo orinare spontaneamente.

Le orine mostravansi torbide, rossiccie, con abbondanti sedimenti mucosi ed anche (all'aspetto) purulenti, non di rado sanguigne e sempre oltremodo fetenti ed acri. — Havvi nelle medesime, dietro accurate investigazioni di distinti osservatori, aumento di acido urico, e ragguardevole quantità di sostanza colorante, specialmente biliosa; i cloruri voglionsi diminuiti, scarsa e rara la presenza dell'albumina.

Tali caratteri sono bensì in rapporto colla condizione generale della malattia, però non hanno un valore diagnostico (fino ad ora almeno) di speciale importanza, essendo essi incostanti e variabili, come io pure ebbi campo di osservare.

La secrezione del latte insorse in generale regolarmente, cessò però col progresso del morbo; non ebbesi quasi mai soppressione improvvisa, o scomparsa istantanea, benchè la lattazione venisse sempre interrotta. In qualche caso ricomparve più tardi di nuovo e ciò sembrava segno favorevole. Non ho mai riscontrato un rapporto diretto fra la secrezione dello stesso e la febbre puerperale.

I lochi ugualmente non cessavano quasi mai d'un tratto, anzi in qualche caso si fecero più abbondanti, però offrivano sempre qualche alterazione qualitativa. Erano di colore oscuro, oppure rugginoso, assai fetenti, altre volte commisti a molto muco, a pus, a grumetti sanguigni o fibrinosi, ed anche a sostanza gangrenata, od a pezzi di sostanza membranacea e gelatinosa. Tale qualità venia loro impartita non solo dalla secrezione e dagli essudati che si formavano nel cavo uterino, ma anche dalla vagina, nella quale con somma frequenza nascevano vaste ulceri, per lo più gangrenose (ulceri puerperali), anche in quei casi ove il parto era stato facilissimo, senza alcuna compressione notevole delle parti molli. Precedeva alle medesime una gonfiezza, con sensibilità e calore ragguardevole, delle grandi labbra e della mucosa vaginale; comparivano in seguito delle macchie grigie più o meno vaste, cui succedeva un pronto rammollimento della membrana mucosa con formazione di ulcere profonde e secernenti una marcia icorosa. Anche nei casi felici era lentissima la loro guarigione e le medesime osservavansi più prontamente in maggior estensione quando esisteva l'endometrite.

La cute offriva importanti fenomeni in questa malattia; il suo calore era nei primi giorni, ed anche prima dell'ingresso della febbre, notevolmente accresciuto (nell'ascella il termometro segnava 36 a 40 e più gradi), in alcune parti poi era quasi urente, segnatamente sul ventre, perfino avanti la comparsa della febbre o di qualsiasi dolore.

Ad epoca più tarda, la cute mostravasi d'una temperatura quasi normale, e bene spesso diventava quasi fredda, le inferme però la-

gnavansi sempre ed in tutta la malattia d'un calore interno eccessivo, per cui, come si disse, era ardentissima anche la sete.

Abbondanti quasi sempre mostravansi i sudori, viscidi talvolta e fetenti. E giova ricordare che in generale nessun sollievo, nessuna mitigazione dei sintomi succedeva ad una profonda traspirazione; anzi quanto più copioso era il sudore, tanto più grave si mostrava in genere la malattia, e la cessazione anche rapida dello stesso, non arrecò mai un apprezzabile peggioramento. In dodici casi comparve la miliare più o meno estesa, per lo più cristallina, talvolta rossa, ed anche frammista a vere pustole. L'eruzione e la facile scomparsa dell' esantema erano generalmente accompagnate da alcune turbe della circolazione, respirazione ed innervazione, o da dolori alle articolazioni. In un sol caso viddi seguire rapidamente il sopore e la morte alla cessazione istantanea della miliare; del resto non era mai critica e non osservossi nè vantaggio dall'eruzione, nè danno dalla sua mancanza.

Un altro esantema assai più grave ebbesi a notare in tre casi rapidamente mortali, ed erano le petecchie largamente diffuse. Grave esantema, non per sè, ma come segno di profonda alterazione dei vasi e del sangue. Non ebbi occasione di vedere in quest' epidemia la scarlattina puerperale descritta da diversi autori, ma bensì l'esantema tifoso, quale esso mi si presentò moltissime volte nel tifo consecutivo al cholera. Altre volte comparvero sulla cute macchie di un rosso cupo, quasi nerastro, del diametro di 12-20 linee, che presto si coprivano di flicteni, e passavano anche a distacco gangrenoso; per lo più si formavano nella vicinanza delle articolazioni, sul polpaccio della gamba, sul petto. Tutte queste forme erano segno di inevitabil morte.

In due casi parimenti fatali comparve, e durò per qualche giorno, una ragguardevole cianosi, con freddo marmoreo agli arti inferiori ed alle mani, offrendo precisamente l' aspetto dei cholerosi; una volta ebbesi l'itterizia.

Erano pure prontissime ed ostinate le piaghe così dette per decubito alla schiena ed al sacro.

Riusciva notevole il fatto, che in tutti i casi la superficie della pelle ed i polmoni esalavano un odore estremamente nauseoso, e quasi cadaverico (indipendentemente dai lochi o dalle altre escrezioni), il quale era tanto più marcato, quanto più grave la malat-

tia; esso si manifestava per lo più fino dai primi giorni, ed esisteva anche quando mancava il sudore.

Sarebbe superfluo indicare i fenomeni speciali delle affezioni così dette metastatiche o secondarie e dei processi diffusi nei varii organi, per cui dirò soltanto che s'ebbero a notare una pleurite con rapido esito di trasudamento vasto purulento, quattro gonititi straordinariamente dolorose, con pronta suppurazione, due resipole flemmonose (alla spalla ed all'avambraccio), e più volte edema ragguardevole alle gambe. Aggiungansi i sintomi conosciuti e più volte osservati nel corso di queste febbri puerperali, di pericardite, di idrope del pericardio, di edema polmonare, di fleboidesi cerebrale e di vera enterite ed aracnoidite.

Ommetterò come cosa tediosa ed inutile la storia dei singoli casi, i quali per la maggior parte si rassomigliavano grandemente e solo differivano per la varia durata ed intensità, per la localizzazione, per esiti più o meno pronunziati, e per concomitanze accessorie. Mi sembrò invece opportuno, per amore di brevità e di chiarezza, di comprendere queste differenze nella tabella nosografica unita. E mi limiterò per intanto ad osservare che non mancò mai una localizzazione precisa, con esiti generalmente corrispondenti alla natura e gravità della malattia, e che soltanto in un caso le lesioni materiali riscontrate nel cadavere erano così minime da non poter per sè sole fornire una sufficiente spiegazione dell' esito rapidamente infausto. La febbre in questo caso era insorta con intenso e lungo freddo circa 30 ore dopo il parto; i lochi erano regolari, moderatamente sensibile l' utero, il quale però da alcune ore aveva aumentato un poco nel suo volume. Al freddo successe un calore forte con sudori profusissimi; ma ben presto il calore diminuì, e lentamente la cute divenne d'una temperatura inferiore all'ordinaria, continuando però sempre abbondante traspirazione. La donna passò rapidamente ad una prostrazione fisica e morale straordinaria, divenne come stupida, indi delirante, e dopo breve ora soporosa ed agonizzante. La circolazione fino dall'invasione era di estrema frequenza, i polsi piccoli, oscillanti e sfuggevoli; la contrazione del cuore sembrava stentata, impedita, incompleta, ed il respiro ansante e celere; sulla pelle comparvero non numerose bollicine di miliare, e 20 ore dopo l'ingresso della febbre la donna era cadavere. Notisi che la medesima avea

a cagione di placenta previa centrale sofferto una perdita di sangue abbastanza forte, però senza deliqui, senza sospensione di polsi, senza notevole abbassamento di temperatura, in somma senza alcuni di quei fenomeni che accompagnano le gravissime emorragie, e ciò perchè col tampone (colpeurinter di *Braun*) e quindi con sollecito rivolgimento ed estrazione dei gemelli, di cui era gravida, si era riusciti a mantenere la perdita in limiti facilmente tollerabili.

A riguardo della localizzazione, dirò ancora che in principio predominava la metro-peritonite, alla quale s'aggiunse facilmente la miliare, mentre in seguito non mancarono mai i sintomi e gli esiti caratteristici della metro-flebite, ed in luogo della miliare ed anche unitamente alla medesima, comparvero le petecchie, le macchie emorragiche, l'esantema tifoso.

Così pure osserverò che il carattere tifoso della malattia si spiegò costantemente in tutti i casi gravi, e la sua impronta era manifesta fino dai primordi della malattia. Essa si appalesava per improvvisa ed estrema prostrazione di tutte le forze, per i caratteri della circolazione e specialmente per i sintomi cerebrali di torpore sommo, di sordità, di loquela difficoltata, per vaniloqui, per lo stato generalmente sonnolento o soporoso, pel coma, e soprattutto per una rapida e profonda alterazione della fisionomia. Per questo motivo mi sembrò opportuno di chiamare col nome di tifoidea la forma che la febbre puerperale aveva assunta in questa epidemia.

Egli è evidente che dovea riuscire difficile il diagnosticare la speciale localizzazione in ogni singolo caso; però la metro-peritonite si caratterizzava per una tensione e sensibilità assai maggiore e diffusa sempre al peritoneo, il fondo dell'utero era la sede del massimo dolore, e la reazione in questa forma era più viva e più decisa. Nell'endometrite appariva minore il gonfiamento dell'utero e minore la sua sensibilità, però estesa a tutto il suo corpo; erano invece rilevanti e pronti i cambiamenti nelle secrezioni lochiali. Nella flebite uterina la febbre era accompagnata da freddo più lungo e più intenso che nelle altre forme, gli accessi di febbre fredda si rinnovavano con molta frequenza, il carattere puerperale tifoso si spiegava assai più prontamente ed il dolore, meno violento, occupava d'ordinario un lato solo dell'utero verso la parte inferiore dello stesso, mentre il fondo si mostrava di sen-

sibilità quasi normale. Osservo però che la distinzione delle varie localizzazioni non era di grande importanza sì pratica che patologica, perchè in generale nel progresso della malattia le diverse forme complicavansi fra di loro.

IV. *Decorso della malattia.*

Era agevole in quest'epidemia di osservare nel decorso dei singoli casi tre stadii distinti per fenomeni caratteristici e corrispondenti ad interni processi, variabili però per la durata e per la rapidità con cui si succedevano. Essi potrebbero chiamarsi col nome di stadio d'invasione o congestivo il primo, di essudamento il secondo, ed il terzo tifoso, o piemico, oppure di diffusione.

Dissi già, parlando dei singoli sintomi, che in parecchi casi esistevano dei prodromi più o meno manifesti, i quali durarono al più due giorni. Succedeva poi il primo stadio, ed il freddo era costantemente il primo segnale dell'invasione febbrile. In questo stadio la reazione era generalmente decisa e sostenuta; i polsi frequenti, vibrati, resistenti; ardente la sete; accesa la faccia; la pelle asciutta ed assai calda, e compariva senza eccezione qualche sintomo morboso dell'utero e dei suoi annessi. Questi sintomi erano qualche volta fortissimi, mentre in diversi casi il loro grado non era corrispondente, almeno in apparenza, al grado della reazione febbrile.

Qualunque idea si abbia sulla natura della febbre puerperale, non si potrà mai negare che in questo stadio si effettui una congestione esagerata, segnatamente nel viscere della gestazione, nei suoi annessi e specialmente nei capillari e nelle vene uterine, enormemente dilatate nell'ultima epoca della gravidanza, e compresse e ristrette bensì dopo il parto, ma non ancora obliterate e quindi dilatabili a preferenza. Tale congestione non mancò mai, sia essa provocata per irritazione diretta e primitiva dell'utero, o sia che precedesse un'infezione miasmatica, la quale non può far a meno di agire soprattutto sugli organi della gestazione, i quali in quel momento debbono inevitabilmente più degli altri risentire ogni maligna influenza.

I caratteri clinici adunque del primo stadio sono quelli d'una febbre infiammatoria, con congestione costante, e come dimostre-

remo in appresso, con successiva infiammazione al sistema uterino e venoso. Questi caratteri però possono in qualche caso trovarsi più o meno velati, quando cioè prepotente sia stata l'infezione miasmatica.

Il secondo stadio, accompagnato anch'esso talvolta da nuovi accessi di freddo, si distinse per i sintomi proprii dell'essudamento, il quale potea rilevarsi colla percussione e colla pressione, quando esisteva nel cavo peritoneale e quando era in copia notevole. Difficile invece riusciva di precisare il vero momento in cui succedeva l'essudazione fibrosa o purulenta nello spessore uterino, nelle ovaja o nelle vene e linfatici. Per lo più accadeva in questo stadio un notevole cambiamento o la soppressione totale dei lochi e del latte, e sorgevano invece diarrea, infrenabili sudori; compariva il meteorismo; diminuiva o cessava il dolore; il polso rimettea e presentavasi frequentemente un'apparenza momentanea ma fallace di miglioramento.

Ben tosto poi succede il 3.° stadio, in cui il sangue subisce ulteriori e gravi mutamenti, e per la sua qualità, e per irregolare ripartizione, e come stimolo e nurimento perverso agisce in modo infesto a tutte le funzioni vitali, irrita, paralizza e provoca lesioni in sistemi ed organi lontani con alterazioni e prodotti proprii. Questi organi sono specialmente la milza, il fegato, il tubo gastrico, il cuore col suo involucro, il cervello, i polmoni, i reni, e quindi le articolazioni, i muscoli, la cute e segnatamente le vene, ed il sistema ganglionare. In questo stadio si rinnovano gli accessi di freddo, senza calore corrispondente, con polsi frequentissimi e fugaci; la prostrazione si fa estrema, la pelle si copre di esantemi, di macchie emorragiche e gangrenose, il sudore diventa più viscido e più fetente, la diarrea si rende profusa, colliquativa, ansante e breve il respiro, la fisionomia si altera vieppiù, sopravvengono sintomi nervosi gravissimi, compariscono i fenomeni riferibili agli organi successivamente lesi e gli ascessi così detti metastatici; insorge il rantolo ed il sopore interrotto da borbottamento non intelligibile e da grida ed urli, e finalmente la morte pone pietosa un termine a lunga e straziante agonia.

La durata complessiva dei tre stadii variava da 20 ore a 9-10 giorni nei casi infelici; in un caso solo sopravvenne la morte soltanto nella quarta settimana. Per quanto rapido fosse stato il

decorso della malattia, i tre stadii non mancavano mai. Accadeva però che la diffusione generale avesse luogo quasi contemporaneamente alla essudazione e che uccidesse perfino l'inferma innanzi che il processo locale avesse percorso le sue fasi.

Non sempre però la malattia procedeva con tanta malignità. Alcune volte si potè troncarla nel primo stadio, ed in tal caso cessò dopo poche esacerbazioni la febbre; l'utero tornò a restringersi ed a farsi indolente, i lochi ripresero la qualità e quantità normali, e tutte le funzioni si riordinarono sollecitamente. Altre volte invece nacque bensì l'essudamento, specialmente nel cavo peritoneale, ma i fenomeni di diffusione e tifosi comparvero mitissimi, e lentamente ebbe luogo l'assorbimento. Erano però questi casi non molto frequenti e rarissime volte si ottenne la guarigione, ad onta che anche il terzo stadio si fosse manifestato con tutto il suo spaventoso apparato.

V. *Risultanze cadaveriche.*

Le sezioni istituite non ci scoprirono in generale alterazioni rilevanti che non fossero già dettagliatamente descritte dagli illustri autori di anatomia patologica, per cui mi limiterò ad esporre succintamente quei risultati cadaverici che servono essenzialmente ad appoggiare qualche idea positiva sulla natura di questo morbo. E qui sono costretto dichiarare che avrei amato di poter eseguire le 17 sezioni con maggiore accuratezza e lentezza, ma mi trattenne dal fermarmi troppo coi cadaveri il timore di portare l'infezione alle partorienti e puerpere affidate alle giornaliere mie cure. Cercai però di non tralasciare alcuna indagine che fosse veramente importante.

Tra le alterazioni più costanti trovai l'essudamento purulento alla superficie dell'utero e dei suoi annessi, e nella cavità peritoneale.

Merita osservazione il fatto che l'injezione, l'ispessimento od il rammollimento del peritoneo, non erano generalmente corrispondenti alla natura dell'essudato ed all'intensità del processo flogistico che si avrebbe dovuto presupporre. In qualche caso trovai il peritoneo in un'estensione più o meno circoscritta coperto di macchie nerastre che sembravano emorragiche; l'essudato ora rare

volte in strabocchevole quantità e si mostrava sieroso, purulento, oppure quasi esclusivamente marcioso, talvolta anche sanguinolento; le masse albuminose e marciose erano talora disposte a strati in forma di membrane tenaci che coprivano l'utero, il fegato, le intestina, agglutinandole fra di loro in modo talvolta così forte da provocare quasi uno strozzamento, mentre in altri casi offrivano masse fioccose che precipitavano a fondo in mezzo all'essudato sieroso.

Più marcati era generalmente l'injezione ed il rossore dell'involucro peritoneale dell'utero e fra lo stesso e la sostanza uterina riscontravansi molte volte ascessi piccoli e penetranti più o meno profondamente, sempre però senza perforazione del peritoneo; anche nelle ovaje trovavansi frequentemente ascessi, i quali scoppiando lasciavano un'ulcera profonda, sporca, col fondo rammollito e con traccie di emorragie.

L'ovajo si mostrava qualche volta indurito, probabilmente per antecedenti processi, altre volte ingrossato, grandemente rammollito ed infiltrato da materia puriforme e da nuclei apoplettici, ed ordinariamente queste lesioni esistevano esclusivamente od almeno a preferenza in uno solo. I legamenti larghi erano pure coperti al solito da qualche strato di essudato fibrinoso purulento, e nascondevano frequenti ascessi nel loro spessore; erano inoltre molte volte ispessiti, ed offrivano macchie nerastre come le notai sul peritoneo.

Il cavo uterino racchiudeva per lo più uno strato di sostanza densa, rosso-bruna, contenente grumi sanguigni, pezzi di fibrina, e talvolta della marcia quasi icorosa. Lo strato intimo si mostrava rammollito, e raschiando col coltello appariva il tessuto muscolare per lo più bianchiccio, ed in due casi sfacelato fino alla profondità di circa due linee; i rimasugli placentali presentavano caratteri di putrefazione.

In quanto alle vene conviene distinguere le vene, o per meglio dire i canali venosi larghi che corrono nella sostanza dell'utero, e le quali, come è noto, non sono formate che dalla sola membrana interna, dalle vene propriamente dette uterine e spermatiche. Nei canali venosi e nelle vene prossime riscontrai in quattordici casi un esteso infiltramento purulento. Il pus era talora liquido, verdastro, qualche volta più denso e cremoso, ed al-

tre volte invece assai consistente, da formare un vero turacciolo che potea essere estratto in qualche lunghezza. Alcuni di questi canali erano invece riempiti da coaguli fibrinosi consistenti, aderenti strettamente alle parti e spogli d'ogni coloramento rosso; essi trovavansi generalmente in prossimità dell'interna superficie dell'utero, mentre la raccolta purulenta nelle vene occupa specialmete i lati e la parte inferiore, e meno frequentemente il fondo, qualora non si voglia (come mi sembrerebbe conveniente) comprendervi anche gli ascessi sotto-peritoneali descritti alla superficie del fondo uterino.

La membrana dei canali venosi mostravasi per lo più bianchiccia, frequentemente ispessita, più tenace del solito, vellutata e rugosa.

Nelle vene spermatiche ed ovariche non trovai che tre volte del vero pus, erano però le medesime assai volte riempite da coaguli fibrinosi che le otturavano più o meno perfettamente. Tali coaguli esistevano più frequentissimamente anche in altre vene, segnatamente nella cava, nella femorale, nelle vene e nei seni cerebrali, nelle coronarie del cuore, nei ventricoli di questo, in ispecialità nell' atrio destro. Erano questi coaguli in qualche luogo molli, gelatinosi, umidi, giallastri, contenenti anche corpuscoli di sangue rossi, e facilmente staccabili dalle pareti venose; in altri luoghi invece erano assai più solidi, stratiformi, tenacemente aderenti, e talvolta trovai nel loro mezzo una sostanza cremosa rosso-sporca.

Le vene medesime erano in corrispondenza dei coaguli (però non sempre) ispessite, le tonache aderenti fra di loro e d'una resistenza e compattezza notevoli. Internamente presentavano frequenti macchie d'un rosso scuro, con intervalli meno colorati, e talvolta una vera injezione, rilevabili specialmente quando si staccava la membrana intima. La superficie interna avea perduto in molti luoghi la levigatezza ordinaria, e la sua membrana compariva più o meno opacata, tomentosa, rammollita e quasi corrosa.

Il cuore era ordinariamente flaccido e lacerabile, e il sangue contenuto nel medesimo e nei vasi si mostrava nerastro, talvolta denso e piceo, altre volte liquido e prontissimo alla putrefazione, per cui riscontravansi frequenti raccolte gazose nei vasi medesimi.

Il pericardio e l'esocardio offrivano in più casi segni evidenti di recente ed acuta infiammazione con ragguardevole effusione di siero albuminoso. In un caso trovai una fortissima injezione capillare arborescente nell'esterna superficie dell' aorta, dalla sortita della medesima fino al suo arco.

I polmoni mostravansi molte volte edematosi, specialmente nei lobi superiori, mentre negli inferiori prevaleva una stasi ragguardevole di sangue nerastro; in un caso ebbesi una raccolta marciosa abbondantissima, insaccata nel cavo pleurale in corrispondenza della mammella destra.

Il cervello era costantemente iperemico; le sue vene si presentavano turgide, con molti coaguli fibrinosi, e più volte potei osservare limitate ma molteplici emorragie sotto-aracnoidee.

Esisteva inoltre frequentemente una effusione sierosa più o meno abbondante, un infiltramento sieroso-albuminoso sotto l'involucro proprio del cervello, oppure edemazia e rammollimento della sostanza cerebrale.

La milza era costantemente ingrossata e rammollita in guisa che da un'incisione dell'esterna membrana fluiva con leggiera pressione il parenchima quasi spappolato. Il fegato era in genere meno alterato; ora di colore rosso-scuro, compariva altre volte più pallido e marmorizzato con macchie gialle e bianche, effetto dell' otturamento di singoli vasi e dell' ingorgo di altri.

Nulla di particolare offrivano gli ascessi nelle cavità articolari, senonchè in questi pure non esistevano traccie di infiammazione membranacea corrispondente all' intensità dei dolori pregressi ed alla quantità ed all'indole dell'essudato, il quale era denso, verdastro e fetente.

Come fenomeno singolare ricorderò un rammollimento esteso di quasi tutta la lamina interna del cranio e di parte della contigua diploe riscontrata in un cadavere; si potea con un coltello staccare questa lamina colla medesima facilità, come si farebbe della scorza d'un frutto.

Quali sieno state le principali risultanze necroscopiche nei singoli casi, troverassi indicato nell' unita tabella; soltanto fa d'uopo che ricordi separatamente il caso già menzionato, nel quale la morte avvenne dopo venti ore di malattia e nel quale riscontrai una forte iperemia cerebrale con essudamento sieroso, di colore

rossiccio nel cavo delle meningi, una stasi polmonare, un rigonfiamento e rammollimento rimarchevole della milza, una congestione moderata nell' utero, una effusione parca di siero scuro nel pericardio e nel cavo peritoneale, nessun segno positivo di flebite, ad eccezione d' una marcata injezione della vena coronaria del cuore, scarsi coaguli fibrinosi nelle vene e nessuna traccia di pus. Il sangue era piuttosto liquido e nero ed il cruore sembrava tutto sciolto nello siero, mancavano i segni di vera anemia, alla quale era inclinato ad attribuire gran parte dei fenomeni osservati a cagione della pregressa emorragia, e rapidissima fu la putrefazione di questo cadavere.

VI. *Indole della malattia.*

Difficile impresa sarebbe senza dubbio il voler sentenziare in modo assoluto sulla natura della febbre puerperale, tanto più che le opinioni relative dei patologi sono assai discrepanti.

Per giungere ad una deduzione meno incerta, fa d' uopo anzi tutto tener conto dei fatti costanti ed indubbiamente comprovati, tanto dalla sintomatologia, quanto dalle alterazioni cadaveriche.

Da quanto dissi fino ad ora sul decorso e sugli esiti di questa malattia, sembrami di poter ammettere come fatti costanti i seguenti:

I. Un processo d indole infiammatoria ed essudativo per eccellenza.

II. Una speciale e progrediente alterazione del sangue.

III. Una localizzazione costante, però di variabile intensità ed estensione nel sistema uterino e nel sistema venoso.

IV. Una tendenza a diffusioni di natura infiammatoria con esiti corrispondenti alla medesima ed alla condizione del sangue.

V. Capacità di dare prodotti, i quali, sotto determinate circostanze, acquistano la proprietà di provocare la medesima malattia in altre puerpere.

Cercherò con brevi termini di provare l'esistenza di questi fatti.

1.° Che il processo dominante di questa malattia sia d' indole infiammatoria, non potrà certamente rivocarsi in dubbio da nessuno, che voglia considerare le cause proprie e disponenti, i fenomeni che accompagnano l' invasione del morbo, i prodotti dello stesso, le decise infiammazioni che provoca in organi svariati, in

ogni epoca del suo decorso, e finalmente le alterazioni che offre il cadavere.

Tra le cause disponenti abbiamo anzi tutto la sovrabbondanza di fibrina, già preesistente al parto, la quale assume in qualche caso una tale preponderanza da costituire una straordinaria disposizione a malattie e prodotti speciali, e non fa d'uopo dimostrare che una tale crasi del sangue sia eminentemente favorevole a malattie infiammatorie ed essudative. Aggiungasi una lesione traumatica del viscere della gestazione e segnatamente delle sue vene, la quale nasce in ogni parto e deve necessariamente provocare un processo di flogosi, minimo bensì e circoscritto nei casi ordinarii, ma pronto ad esagerarsi ed a diffondersi ove accada una disposizione squisita od altra causa eccitante qualunque; fra le quali convien menzionare un parto molto lungo, le operazioni ostetriche, le congestioni dovute alla pressione d'un utero straordinariamente voluminoso, le soppressioni repentine del sudore, del latte o dei lochi, uno stato pletorico, le lenti metriti preesistenti al parto, ecc. ecc., circostanze tutte che sono essenzialmente atte a provocare od a facilitare lo sviluppo di affezioni flogistiche. Se poi si aggiunge una influenza più o meno specifica, sia per un miasma proprio puerperale già esistente, o per l'assorbimento di prodotti formati nel corso di infiammazione semplice, avverrà bensì che la malattia prenda caratteri del tutto proprii, ma persisterà sempre l'indole infiammatoria della medesima. Ed anche nei casi nei quali fu indubbia l'infezione miasmatica, come causa unica e primitiva (e di questi casi s'ebbero a notarne molti), la invasione era segnata da caratteri evidenti di natura flogistica: polsi vibrati, calore eccessivo, sete ardente, cefalea, dolore ed aumento di volume all'utero, lingua rossa, arida, ecc. ecc. Aggiungasi poi che anche in questi casi non mancarono i trasudamenti sierosi e fibrinosi e le vere suppurazioni e gangrenescenze, e non mancarono le infiammazioni così dette metastatiche, gli ascessi e flemmoni, le resipole, le più genuine flogosi di membrane sierose e mucose, le quali si formarono perfino nell'ultimo stadio, nel quale l'infezione e l'alterazione del sangue erano giunte al massimo grado. Aggiungasi finalmente la investigazione dei cadaveri, la quale, come vedremo in seguito, offre costanti prove di processi e di esiti di genuina flogosi; per cui si è costretti a conchiudere che l'ori-

ginaria e permanente condizione di tutti i processi proprii della febbre puerperale debba essere decisamente flogistica, essendochè ad indole flogistica corrispondono tanto i sintomi primitivi quanto le più lontane e tardive diffusioni.

Per evitare ogni interpretazione erronea, debbo qui dichiarare che io non professo la teoria del puro dualismo vitale e che considero l'infiammazione come un fatto complesso, non compendiabile nella sola idea della vitalità accresciuta.

Sul fatto che la febbre puerperale sia costantemente accompagnata da processi di infiammazione in diverse località, non esiste d'altronde ragguardevole discrepanza fra i patologi; la differenza sta in questo, che alcuni ritengono l'infiammazione come secondaria, più o meno accidentale, non essenziale, mentre altri ripongono nella medesima tutta la malattia. Ma vogliasi ammettere che l'infiammazione sola valga a provocare tutti i fenomoni della febbre puerperale, vogliasi quest'infiammazione primitiva, traumatica, oppure effetto di infezione specifica, di particolare alterazione del sangue, sarà sempre vero che esiste infiammazione costante, e che in conseguenza l'infezione medesima e la crasi del sangue debbono essere di tal natura da favorire, da provocare e da alimentare processi di natura flogistica. Credo adunque che l'indole complessa infiammatoria di questa malattia debba tenersi per un fatto positivo. Sarebbe superfluo il voler addurre argomenti per provare che tale infiammazione sia eminentemente essudativa, mentre i fatti clinici ed i cadaveri parlano con irrecusabile forza. Tale tendenza agli essudati sta poi in istretta relazione cogli ulteriori fatti sopra enunziati, specialmente coll'alterazione progrediente del sangue.

2.º Dissi già in che consista la modificazione del sangue, per cui ricorderò solo che la preponderanza della fibrina, con tendenza quasi provvida alla coagulazione, esiste come fatto normale all'epoca del parto, ma capace di molte gradazioni. Successivamente poi si sviluppano nella febbre puerperale ulteriori cambiamenti, fra quali meritano speciale osservazione la diminuzione rapida dei globuli rossi, la soluzione dei medesimi nel siero, la presenza di molto adipe, di globuli bianchi, e di cellule epiteliali, e finalmente la formazione di nuovi ed eterogenei prodotti già accennati. Risulta da ciò una somma tendenza alla coagulazione ed agli

essudamenti carichi di fibrina ed albumina con rapida trasformazione purulenta.

La scienza giunse bensì a dimostrare in modo positivo l'esistenza di tali cambiamenti; ma essa non seppe ancora determinare la ragione precisa ed i singoli processi chimico-vitali che vi concorrono. Io credo che l'origine primitiva ed essenziale di questa alterazione sia doppia: l'una dovuta all'introduzione di principii eterogenei (miasma, liquidi purulenti ed icorosi, sostanze animali decomposte o fermentate), e l'altra dipendente dalla lesa azione dei vasi venosi, ed anche dalla lesa innervazione ganglionare. S'intende che nel corso della malattia s'aggiungono altri elementi pervertitori della sanguificazione, i quali però riescono più o meno secondarj.

Sulla possibilità e sul fatto dell'introduzione (o del contatto) di elementi eterogenei, non può esistere dubbio; bensì si potrebbe questionare se tali elementi valgano per sè soli e per azione diretta a produrre le accennate alterazioni del sangue, se la loro azione si porti, in modo primitivo, piuttosto sul sistema ganglionare, e soprattutto sui vasi venosi, provocando in questi una irritazione od un'infiammazione di vario grado, con ragguardevole lesione della loro funzione, per cui ne verrebbe (come effetto consecutivo di queste lesioni) l'ulteriore modificazione del sangue.

Sembrami che quest'ultimo modo sia certamente il più potente ed il più efficace. Non si può negare in via assoluta la possibilità che l'introduzione nel sangue di particolari principii, specialmente di sostanze organiche più o meno decomposte, valga ad influire direttamente sopra i singoli elementi di quest'umore vitale e a provocare processi di nuova formazione ed aggregazione, oppure di fermento; mancano però le prove positive di tal fatto e lo contrastano grandemente la influenza ed il dominio della vita sul sangue circolante, non che la forza assimilatrice ed eliminante. Aggiungasi che l'introduzione di questi principj non è seguita immediatamente da apprezzabili mutamenti della crasi sanguigna, come dovrebbe avvenire se un'azione chimica ne fosse la sola e principale cagione, mentre invece i medesimi non si formano che lentamente e gradatamente sotto lo sviluppo contemporaneo di affezioni materiali variamente localizzate.

Sembra quindi più commendevole l'opinione che dall'influenza

che ne risentono alcuni organi o sistemi dotati di azione importantissima nella formazione e miscela del sangue, e dall'alterata e perversa loro funzione debbasi ripetere la modificazione progrediente della crasi sanguigna, la quale poi diventa un elemento gravissimo della malattia ed anzi imprime alla stessa la particolare sua fisionomia.

Primeggiano fra questi sistemi, come già accennai, il venoso ed il ganglionare.

La lesione frequentissima delle vene nella febbre puerperale venne osservata da tutti i clinici, ed anzi essa forma, a mio credere, un fatto costante in questa malattia, come dirò in appresso. La parte importantissima che prendono le vene nel processo della sanguificazione, è pure generalmente riconosciuta, e risulta facilmente, qualora si consideri che tutti gli elementi che servono a ricostruire il sangue passano primitivamente per le medesime, sia per l'assorbimento che esercitano nel tubo gastrico non solo, ma in ogni parte del corpo, sia per la circostanza, che anche il condotto toracico vi versa direttamente il suo contenuto. Ammettasi pure che il sangue medesimo possegga una azione assimilatrice; però non si potrà mai supporre che la condizione dei vasi, entro i quali quest'assimilazione succede, non abbia grandemente ad influirvi, come non si può dubitare, che dalla condizione delle vene capillari dipende in massima parte la quantità e la qualità dei principj che vengono tradotti nel sangue. Sembra che a facilitare quest' azione delle vene la natura abbia rallentato assai il corso del sangue nelle medesime, le abbia rese cedevoli e capaci di grande dilatazione, le abbia private quasi per intero d'una contrazione attiva ed abbia finalmente voluto che il sangue della vena porta, ricco di sostanze assorbite, passi per una doppia rete di capillari venosi e che ritornando dal polmone al cuore attraversi nuovamente un sistema di vene. Aggiungasi che gli organi nei quali si compiono gli atti più importanti della sanguificazione, la formazione dei globuli, sono costituiti quasi per intero da un ammasso di vene, entro le quali precisamente sembra che si effettui tale processo (p. e. nella milza), e che nelle malattie conosciute per decisa alterazione di sangue, esistono prevalentemente lesioni del sistema venoso.

Che poi la sanguificazione sia grandemente influenzata dal si-

stema ganglionare, non abbisogna di prove e che lo stesso trovisi nella febbre puerperale fortemente interessato, risulta evidentemente dall'assieme dei fenomeni e dalle gravi perturbazioni che subiscono le funzioni che essenzialmente ne dipendono.

Alle accennate cagioni vorrei adunque attribuire a preferenza i cambiamenti che trovansi nella crasi del sangue; giova poi sperare che ulteriori studj porteranno più luce sulle alterazioni dello stesso e dei fluidi animali in genere; alterazioni che sussistono certamente in grado maggiore che noi nol supponiamo, e che non possiamo escludere assolutamente anche là ove la chimica ed il microscopio nulla rivelano, pensando che non ci fu dato fino ad ora di stabilire i caratteri distintivi ed indubbiamente esistenti di molti liquidi, come p. e. del pus vajuoloso, del pus sifilitico o della saliva dell'idrofobo.

3.° La lesione delle vene ora indicata, costituisce unitamente a quella del sistema uterino un ulteriore fatto costante nella febbre puerperale.

Faccio astrazione dei rarissimi casi nei quali succedette rapidamente la morte e nei quali non si rinvennero traccie manifeste e corrispondenti di organica lesione. In simili casi bisogna ammettere che l' infezione sia stata potentissima, o per sè o per la suscettibilità e disposizione individuale, per cui l' azione sua venefica, paralizzante sul sistema ganglionare, bastò ad estinguere la vita prima che il processo di irritazione locale potesse raggiungere un grado sufficiente e percorrere le sue fasi in modo da lasciar traccie facilmente rilevabili.

In tutti gli altri casi non mancano mai processi determinati ed esiti decisi nel sistema uterino o nei suoi annessi, i quali vengono dalla totalità dei medici ascritti a vera infiammazione. Questa esiste fin dal primordio della malattia, benchè talvolta i suoi sintomi sieno meno violenti e meno marcati (come già dissi); un diligente osservatore riscontrerà mai sempre tumefazione, dolore e calore nella regione uterina, e molte volte questi sintomi preesistono in qualche grado all'invasione febbrile. È probabile che la infiammazione locale possa giungere a notevole intensità prima di appalesarsi con reazione corrispondente, della qual cosa mi convinsero diversi casi, nei quali, dopo la comparsa della febbre, con somma rapidità si ebbero sintomi manifesti di accresciuta trasudazione.

A riguardo poi delle vene, la di cui infiammazione è riconosciuta da tutti i clinici come assai comune nella febbre puerperale, sembrami che riflettendo alle condizioni anatomiche e fisiologiche del puerperio, bisognerebbe senz' altro conchiudere che di tutti gli elementi costituenti il sistema uterino, le sue vene dovrebbero essere le prime a risentire le influenze morbose. In ogni parto esiste un qualche grado di flebite traumatica, e nelle vene uterine la stasi sanguigna raggiunge con somma facilità un grado enorme per il volume assai grande delle medesime, per la somma dilatabilità che conservano per qualche tempo dopo il parto, per l' assenza di valvole e delle tonache esterne, e per mancanza di forza impellente nelle vene utero-placentali. Ogni qualvolta adunque succede una irritazione uterina, i vasi venosi di quest'organo debbono subire una stasi straordinaria, e per conseguenza facilmente reagire ed infiammarsi, tanto più che il sangue puerperale è per sè stesso assai favorevole ai processi flogistici ed essudativi, e maggiormente ancora se vi entrano elementi eterogenei ed irritanti. Tale ragionamento però sarebbe di poco valore qualora i fatti non corrispondessero; ma questi esistono, e tali, a mio credere, da non permettere alcun dubbio.

Esposi già antecedentemente quali fossero le alterazioni da me riscontrate nei canali venosi uterini, come pure nelle altre vene, cioè injezione, macchie, ispessimento, rammollimento, opacità, superficie interna aspra, ruvida, rugosa, infiltramenti siero-albuminosi fra le tonache, suppurazioni, coaguli fibrinosi tenaci ed aderenti, ecc. ecc.; alterazioni che a nessun altro processo possono attribuirsi, fuorchè al flogistico.

Manca bensì, e non di rado, l' injezione arborescente, specialmente quando il cavo è perfettamente riempito da un trombo fibrinoso o da pus, nel quale caso la compressione delle pareti, la obliterazione dei capillari delle medesime e la mancanza e dissoluzione di globuli rossi impediscono o tolgono il rossore infiammatorio.

La presenza poi di pus raccolto entro le vene, deve fino ad ora considerarsi come segno positivo ed assoluto della loro flogosi, benchè questa possa forse esistere in luoghi lontani da quello in cui ritrovasi il pus. È indifferente poi se il pus esista libero o se formi, come frequentemente si osserva, il nucleo di trombi

fibrinosi, sia per una progrediente metamorfosi di questo, sia per un'azione coagulante, esercitata forse dal pus circolante nel sangue.

Questi trombi pure sono molte volte effetto di vera infiammazione, mentre altre volte possono dipendere da una spontanea coagulazione avvenuta per obliterazione dei vasi, per sommo rallentamento del circolo, specialmente negli ultimi giorni della vita. Si trovano però distinti gli uni dagli altri pei caratteri propri già esposti, e sembra positivo che soltanto un vero essudato flogistico, sia fibrinoso od albuminoso, possa progredire ad una formazione di pus, mentre nei coaguli spontanei o passivi tale trasformazione non è che ipotetica, ed anzi del tutto inverosimile, per cui può essere a buon diritto negata.

La presenza del pus nelle vene uterine e nelle adiacenti costituisce uno dei più frequenti e dei più comuni risultati necroscopici nella febbre puerperale. Io lo trovai in ragguardevole estensione 15 volte sopra 17 sezioni, ed è noto che in alcune epidemie questo esito era costante in tutti i casi.

Ma anche nei cadaveri che non presentano la suppurazione nelle vene, siamo autorizzati, e direi quasi costretti ad ammettere la loro infiammazione, giacchè si verificheranno quasi sempre gli altri segni non meno certi di pregressa flogosi. D'altronde egli è pienamente conforme ai dettami d'una sana logica il ritenere che, se un processo quale è quello della flebite o subflebite, nella febbre puerperale, si mostra colla massima frequenza con segni positivi e generalmente proporzionati all' intensità della malattia, si debba ammettere la sua esistenza anche là, ove questi segni sieno meno spiegati e meno appariscenti, tanto più che è riconosciuto dai più distinti ed autorevoli osservatori che le flebiti decorrono non rare volte senza lasciar traccie evidenti e facilmente rilevabili. Col formarsi dell' essudato, il quale talvolta può essere molto scorrevole, cessano molti segni dell' infiammazione, segnatamente l' injezione, e l' essudato può essere trasportato entro le vene assieme col sangue. In tali casi si troverà appena una leggiera desquammazione dell' interna tonaca, della quale ci fa prova la ragguardevole quantità di cellule epiteliali che si riscontrano nello siero del sangue.

A questo riguardo mi sembrano dotate della massima importanza le osservazioni e gli esperimenti di *Mackenzie* e *Roberto*

Lee (Med. chir. Transact., XXXVI, 1853) i quali provarono in modo irrefragabile che una semplice irritazione della membrana interna delle vene ha per effetto di comunicare al sangue una decisa tendenza alla rapida formazione di coaguli entro l'estensione della vena irritata; che per ottenere questo effetto e la conseguente chiusura (più o meno completa) del vaso, basta una irritazione anche leggiera, la quale molte volte non lascia alcun segno manifesto sulla tonaca venosa, mentre altre volte la medesima facilmente s'accresce al grado di vera infiammazione, e che finalmente una tale irritazione è costantemente prodotta quando il sangue trasporta con sè elementi eterogenei, specialmente prodotti organici alterati, decomposti o fermentati. È facile a comprendere in seguito a queste osservazioni che nella febbre puerperale possa e debba formarsi una irritazione delle vene, della quale ci fanno poi realmente fede ed i numerosi coaguli fibrinosi che si trovano largamente sparsi nell'albero venoso, come pure le tante altre lesioni materiali già descritte, ed è facile il comprendere che, ammessa la grandissima influenza delle vene sulla sanguificazione, una irritazione anche non molto grave nè molto profonda, ma sommamente diffusa, possa e debba promuovere una rapida e notevolissima alterazione del sangue in seguito alla quale può avvenire la morte senza che si trovino alterazioni ben marcate nelle vene.

Nei casi in cui la flogosi riesce meno certa nelle vene maggiori, credo si debba ricercarla nelle vene capillari. Questa opinione si fonda essenzialmente sul fatto che nelle metro-peritoniti, ad onta di strabocchevole raccolta siero-purulenta, il peritoneo non offre generalmente gli indizii d'una corrispondente infiammazione, quali si trovano costantemente nelle altre forme segnatamente traumatiche, di vere peritoniti. E non solo i caratteri di questa membrana dopo morte, ma anche i sintomi durante la vita non sono quali siamo soliti a riscontrarli nelle acute sue flogosi. Il professor *Henle* assegna in questi casi la causa della raccolta ad una obliterazione dei linfatici e delle glandole, per linfa coagulata o per pus, per cui sospendendosi l'assorbimento, il plasma versato continuamente si raccoglie nel cavo. Io credo di non errare se, calcolando l'attivissimo assorbimento esercitato dai capillari venosi e la facile loro obliterazione nella febbre puerperale, at-

tribuisco all' irritazione ed alla flogosi ed alla conseguente chiusura dei medesimi la massima parte dell'assorbimento cessato non solo, ma ben anche una parte attivissima dell'accresciuto trasudamento.

L'osservazione che feci a riguardo del peritoneo vale pure per la infiammazione del parenchima uterino, e vale poi in modo singolare per le suppurazioni così dette metastatiche, le quali per i medesimi motivi, più che a vere pleuriti, gonartriti, ecc., a flebiti e linfangioiti capillari meritano di essere ascritte.

Da tutto ciò credo di poter conchiudere che una localizzazione flogistica nell'utero o nei suoi annessi, e segnatamente nel sistema venoso, sia un fatto costante nella febbre puerperale: fatto che trovasi confermato da positive osservazioni, ed il quale offre inoltre la più plausibile spiegazione di tutti i fenomeni proprii di questa malattia.

4.° Non mi occuperò di dimostrare la tendenza alle diffusioni flogistiche con esiti relativi, essendochè questo fatto risulta ampiamente dall' osservazione clinica e non viene da alcuno contrastato. Convengo però che non tutti i sintomi che progressivamente ed in vari organi si svolgono, sono sempre prodotti d'infiammazione. Diversi possono risultare dall' azione diretta del sangue alterato, od essere consecutivi alla formazione dei coaguli, mentre altri son dovuti alla nutrizione pervertita, alla riparazione organica morbosa, la quale succede in tutti gli organi, in tutti i tessuti, nel nervoso come negli altri, e che può per sè sola provocare ragguardevoli alterazioni funzionali.

5.° In quanto alla capacità della febbre puerperale di generare un' infezione miasmatica atta a suscitare la medesima malattia in altre puerpere, non esistono dispareri rilevanti fra gli osservatori, i quali però non sono d' accordo se convenga il nome di vero contagio a questa forma di diffusione morbosa. Tutti d' altronde sono unanimi nel raccomandare un rigoroso isolamento e la diligente disinfettazione delle stanze, delle latrine e di tutti gli oggetti che trovansi imbrattati di escrezioni o secrezioni delle inferme. In tal modo la questione è ridotta piuttosto a questione di forma che di essenza.

Egli è certo che questo miasma non agisce che sotto date condizioni, e la sua influenza è minima se non si porta sopra

puerpere. Però durante l'epidemia di quest'anno potei osservare delle febbri di carattere tifoideo più o meno esplicito anche nelle persone addette al servizio delle inferme.

Sembra che un genio epidemico disponga le puerpere a questa malattia, e che ne favorisca lo sviluppo anche per sè solo, segnatamente dopo parti laboriosi e stentati. Però allora soltanto la febbre puerperale acquista quella tremenda estensione e quei caratteri così maligni, per cui ebbe tante volte a menar strage negli ospizi di maternità, quando pel moltiplicarsi dei casi si genera un miasma veramente specifico, al quale compete certamente in senso largo il nome di contagio. L'azione di questo miasma resta assai volte circoscritta ad alcune località, risparmiando le altre nel medesimo istituto. Così fu pure qui alle Laste. Il primo piano della casa è destinato alle paganti, che formano circa un quarto delle ricoverate, mentre le stanze per le puerpere gratuite sono collocate a piano terreno.

Nel primo piano non s'ebbe un solo caso di febbre puerperale fino al giorno 9 giugno, epoca della maggiore intensità dell'epidemia, ed allora soltanto si svilupparono anche fra le paganti due casi gravissimi e rapidamente mortali. Erano dovuti, a mio credere, al trasporto del miasma, giunto allora al massimo grado, sia di quantità che di attività, per mezzo probabilmente della biancheria, o delle inservienti e levatrici, od altrimenti. Nel piano terreno invece la malattia dominava già da lungo tempo e con tale forza che delle ultime otto donne, che ivi partorirono, una sola rimase illesa. Fu allora che si sospese l'ulteriore accettazione, e si dimisero le esistenti nell'istituto, provvedendole dei mezzi necessari per ricoverarsi altrove. Rimasero però 12 gravide che a nessun patto, per particolari motivi, vollero abbandonare l'istituto, e per queste si istituirono stanze di travaglio e puerperio in un'ala discosta dall'edificio, collocata in plaga diversa, e divisa da un fabbricato intermedio dai locali ordinariamente destinati per le ricoverate. In queste stanze, che erano per il solito occupate dalle allieve della scuola d'ostetricia e da un impiegato dell'istituto, partorirono le gravide rimaste, e ad onta di qualche parto difficile, ebbero tutte un pueperio felicissimo e rimasero illese dalla temuta malattia. Io porto fermo convincimento che la maggior parte di loro, e forse tutte, sarebbero state côlte dalla febbre puer-

perale ove fossero rimaste negli ordinarj locali a loro destinati. Debbo osservare che tale trasporto non era effettuabile prima della dimissione d'un ragguardevole numero di gravide.

Dopo questi fatti io non saprei dubitare della capacità della febbre puerperale, di generare un miasma atto alla propagazione della medesima malattia.

L'assieme dei fenomeni, che presi ora in più dettagliata considerazione, costituisce la febbre puerperale e per questi essa si distingue da altre flogosi di utero, peritoneo, ecc., che possono svolgersi durante il puerperio. Risulta poi dalle idee esposte che la febbre puerperale è per me malattia sempre identica, che può però variare per la estensione della sua localizzazione, pel grado, per l' intensità, per la rapidità, per la prevalenza d' uno o dell' altro dei suoi elementi e per tendenze a diffusioni differenti. Per questo motivo non mi sembrano pienamente giustificate le divisioni proposte da vari autori, come p. es. di febbre puerperale con crasi del sangue iperinotica, piemica, settica, oppure di peritonite, endometrite e piemia, ecc. ecc.

VII. *Terapia.*

Tutti i clinici convengono nel deplorare la frequente inefficacia della cura medica nella febbre puerperale. Anch' io debbo convenire di sì triste verità, ma non saprei adottare l'inoperosità preconizzata da diversi, stante l'infelice riuscita delle loro cure. Amerei però meglio di seguire un metodo aspettativo, che di praticare le medicature complicate, sintomatiche e grossolanamente empiriche, che più volte ebbi occasione di vedere adoperate. Quanto sarò per dire sulla terapia non è frutto di preconcette idee: è il risultato di coscienziosa osservazione: e confesso volentieri che non fu d' un tratto, ma dopo varie e non sempre felici esperienze, che m' attenni con costanza e con vantaggio al metodo che sto per esporre.

Dovransi nella cura considerare tutti gli elementi che costituiscono l' essenza della febbre puerperale. Tra questi havvene uno il quale è maggiormente accessibile, ed è l'elemento flogistico. Al medico curante non interessa gran che, se questo elemento sia primitivo, oppure se sia il primo e maggiore effetto d' un mia-

sma e d'un sangue alterato, giacchè anche in quest'ultimo caso è evidente l'indicazione di combattere o di togliere l' infiammazione provocata, infiammazione che non può che peggiorare la crasi sanguigna e che potrebbe anche senza di ciò riuscire gravissima e mortale. Opponendoci alla flogosi, non avremo per verità tolto il male, di cui sussiste un altro elemento, ma avremo impedito che per i suoi effetti non la riesca prontamente fatale, e guadagnato il necessario tempo perchè l' alterazione del sangue possa correggersi e cessare, sia per opera di opportuna medicatura, sia precipuamente per azione organico-vitale intrinseca, o, per dirlo più chiaramente, per opera della natura, potentissima nell' assimilare, nell' eliminare e nel ricomporre. Converrà solo ricordarsi che nel combattere l' infiammazione non abbiasi mai ad agire in modo da impedire l' accennato riordinamento, non dimenticando che la guarigione d' ogni morbo richiede una serie di processi fisiologici e quindi un grado di forza e di attività fisiologica, cui non supplisce l' eccitamento patologico, nè l'accresciuto vigore di certi processi.

Io m'attenni in conseguenza ad una cura antiflogistica in senso generale, e non solo nell' invasione del morbo, ma anche nel suo decorso, e non l'abbandonai che in via sintomatica od a malattia conclamata. La sottrazione di sangue, regolata dalle idee ora espresse e dall' individualità dell' inferma, nonchè dall' intensità dei sintomi e dai caratteri del polso, formava uno dei primi e certamente dei più attivi soccorsi. Soprattutto nel primo stadio era necessario di ricorrervi con qualche energia, segnatamente nei casi nei quali non era manifesta l' origine miasmatico-contagiosa, giacchè una infiammazione qualunque trascurata potrebbe sotto tale circostanza degenerare in vera febbre puerperale, per assorbimento dei propri prodotti alterati e decomposti, specialmente nel cavo uterino, o per lo meno rendere la puerpera assai più disposta a risentire l'azione d' una influenza epidemica o miasmatica. Per ciò praticai nella quasi totalità dei casi una od anche più sottrazioni di sangue (generali e locali) nelle prime ventiquattro ore, replicandole nei giorni consecutivi a norma delle circostanze. In generale non oltrepassai i quattro salassi, in un caso solo ne feci sette, oltre a numerose sanguisughe, però con esito infelice. Pur troppo conviene dichiarare che la sottrazione sanguigna, benchè del tutto

razionale, non corrisponde in questo morbo, come in tanti altri. E ciò dovrassi attribuire non solo alla crasi sanguigna speciale, ma ben anche a condizioni particolari dell'utero e delle sue vene.

È noto che una congestione persiste talvolta in qualche parte ostinatamente ad onta di sottrazioni sanguigne insistenti e quasi enormi: gli oculisti lo possono osservare ogni giorno. Sembra precisamente che quel poco di sangue che si lascia all'individuo voglia a preferenza fermarsi in una data parte, da ciò l'inefficacia tante volte constatata di salassi anche generosi per prevenire una apoplessia, da ciò le infiammazioni gravi che insorgono dopo ragguardevolissime emorragie. Nell'utero ciò avviene in modo particolare, e per le condizioni anatomiche e fisiologiche già indicate, e perchè quest'organo nell'infiammazione perde la sua contrattilità, ed in tal guisa favorisce straordinarii ed ostinati ingorghi nelle sue vene. Si è per queste ragioni che allo svuotamento delle medesime corrispondono in generale meglio le sanguisughe, specialmente applicate alle grandi labbra od all'ano, imprimendo esse un movimento più deciso nei capillari venosi.

L'esperienza pratica conferma nel modo più positivo quanta cautela sia necessaria nel ripetere più volte le sottrazioni, specialmente generali, le quali facilmente eccedono la tolleranza che sembra minima in questa malattia ed accelerano lo sviluppo del terzo stadio, tanto più che le perdite ripetute di sangue inducono nello stesso una crasi analoga a quella che si riscontra nella febbre puerperale. Fa d'uopo ancora ricordarsi che nel progresso di questo morbo, e talvolta dietro potente infezione, anche in brevissimo tempo possono svolgersi gravissime alterazioni del sangue, per cui esso porta sul generale un'azione quasi paralizzante, alla quale invano si tenterebbe di opporre il salasso. Se in tali condizioni si vuol aprire la vena, si sarà il più delle volte costretti a chiuderla ben presto per evitare gravissime ed anche mortali lipotimie.

Queste considerazioni regolarono la mia condotta a riguardo del salasso, mezzo efficacissimo ed utilissimo quando lo si impieghi entro i limiti assegnati dall'indole complessa della malattia. Lo stesso vale per le sottrazioni locali, le quali però anche a periodo tardivo possono ripetersi con decisa utilità, e perfino nelle secondarie infiammazioni dell'ultimo stadio, alle articolazioni, alla testa, ecc.

Contemporaneamente al salasso diedi quasi sempre l'olio di ricini, ed un'ora appresso il solfato di chinina in alta dose, il quale rimedio sembra in questa malattia della maggiore efficacia. Esso poi venne ripetuto più volte e ripreso anche in periodo più avanzato, benchè allora il vantaggio ottenutone si riducesse quasi sempre a diminuire o sospendere uno o l'altro degli accessi di febbre a freddo, senza recare notevole modificazione nell' andamento della malattia. Adoperato però con prontezza ed in dose sufficiente ci servì mirabilmente nell' invasione. E posso assicurare di avere con tal sussidio in unione a qualche deplezione generale e locale ed a qualche purgativo ed ai mercuriali, troncato più volte l' ulteriore progresso del male. Certamente nel primo stadio non è sempre facile il diagnosticare una vera febbre puerperale; però durante il corso di una epidemia, l'identicità dei sintomi di invasione può bastare per far ammettere l'identicità della malattia. Questi casi, che furono parecchi, vennero quasi tutti ommessi da me nella tabella nosografica unita, non volendo comprendervi che quelli nei quali i caratteri morbosi fossero completamente spiegati.

Aggiunsi quasi sempre al chinino l' estratto di segale cornuta , o l' ergotina , la quale mi servì egregiamente a provocare una maggior contrazione dell' utero ed una conseguente rilevante diminuzione del suo volume, effetto ch' io reputo di molta importanza, indipendentemente dall'azione utile che possiede questo medicamento nelle infiammazioni delle vene in genere. La dose era di 10-15 grani di ergotina in 24 ore, e ne continuai talvolta l'uso per più giorni.

Aggiunsi pure al chinino di sovente l'estratto di aconito, il quale, se non altro, possiede la virtù di diminuire quei fenomeni secondari. ma molesti, che accompagnano talvolta l'uso del chinino. A periodo più avanzato, quando le sottrazioni sanguigne erano meno consigliabili, cercai di supplirvi somministrando unitamente al chinino la digitale: non ne viddi però effetti calcolabili. Alternativamente usai il calomelano, somministrandolo alla dose di 12-18 grani in poche ore, per ritornare poi sollecitamente al chinino, ed all'uopo ripetei pure l'olio di ricino.

Contemporaneamente adoperai quei mezzi esterni che sono suggeriti dall'esperienza e dalla natura della malattia, e fra questi mi si mostrarono di utilità reale , e per lo meno sempre di di-

stinto sollievo le bagnature, i fomenti ed i lavacri freddi, che non possono essere abbastanza raccomandati. Sul ventre applicai pannolini più volte ripiegati ed imbevuti di acqua mediocremente fredda in principio e ghiacciata in seguito, però non cambiandoli ad ogni momento, ma lasciandoli generalmente fino a che avessero acquistato un certo calore. Adoperai pure il bagno freddo sulla testa e sul cuore, e feci fare più volte al giorno, in particolare ad ogni aumento di calore, dei lavacri freddi alle braccia per 1/2 ora circa, e, potendolo, lavare tutta la schiena con una spugna imbevuta d'acqua fredda. Debbo dichiarare che a questi mezzi tenne dietro una costante diminuzione del calore non solo, ma anche della frequenza del polso, più assai che non si ottenesse talvolta col salasso; ma d'altra parte è pur troppo vero che molte volte questi vantaggi non furono che passaggieri; ciò non ostante sarà questo il soccorso nel quale avrò sempre grandissima fiducia. Passai generalmente all'uso dei bagni freddi nel secondo o terzo giorno della malattia, mentre nel primo svolgersi dei sintomi uterini ebbi ordinariamente ricorso ai cataplasmi ammollienti. Credo però che si potrebbe con vantaggio servirsi delle bagnature fino dall'ingruenza del male, ed osservo che non viddi mai in conseguenza dell'uso metodico delle medesime cessare i lochi, ma bensì tornarono più volte a fluire quando erano già per intero scomparsi.

Usai inoltre costantemente l'unguento cinereo fino dalla prima ingruenza di sintomi uterini, sì allo scopo di prevenire gli esiti, come pure per favorirne il riassorbimento, ed a quest'ultimo scopo mi corrispose pure assai bene l'ioduro di potassio, portato a dose generosa (una dramma in 24 ore). Tra le bibite prescelsi le subacide (coll'acido solforico o citrico), le tamarindate, quindi le mucilagginose, e permisi volontieri l'uso interno del ghiaccio.

La verminazione richiese frequentemente l'uso della santonina.

Nell'ultimo stadio si è costretti talvolta di attenersi ad una cura sintomatica. Così per es. nelle diarree profuse era forza di ricorrere ai clisteri di laudano, all'oppio, alle polveri del *Dower*.

L'oppio però o l'acetato di morfina possono in dose modica somministrarsi, non solo senza inconvenienti, ma con decisa utilità, anche negli altri stadii, specialmente nell'insorgenza di dolori

uterini acuti, che assumono quasi la forma delle coliche, ed i quali si mantengono molte volte ostinati ai salassi, alle sanguisughe, agli emmollienti, cedendo invece mirabilmente a mezzo grano d' oppio, con grande sollievo delle inferme, e con reale vantaggio. — In questi casi lo prescrissi ordinariamente unito al calomelano.

Per i vomiti ostinati ricorsi ai senapismi, al ghiaccio, alla belladonna, alla stricnina, ecc., per lo più con poca utilità. Non vidi risultati molto favorevoli dall'uso della china, della valeriana, dell' arnica, e molto meno ancora dalla canfora, dai balsamici, dal cloro, dalla camomilla romana, dal muschio, dal ferro, dal fosforo, ecc., mezzi tutti che sono da alcuni caldamente raccomandati, e che io pure tentai in qualche caso grave.

Non feci esperimenti sufficienti riguardo ai vescicanti ed alla pustulazione provocata sulla regione uterina, per decidere della loro opportunità; credo però, dietro le poche osservazioni istituite, che non si possa ripromettersi troppo dai medesimi.

Nella scarsezza d' orina corrisposero qualche volta le frizioni d'unguento con tintura di cantaridi alla regione dei reni.

Nei meteorismi ragguardevoli ebbi ricorso ai bagni ed ai clisteri ghiacciati, ed all' estrazione meccanica del gaz mediante lunghe sciringhe, metodo che merita certamente la preferenza alla puntura intestinale.

Non trascurai in nessun caso le frequenti iniezioni nella vagina ed anche nel cavo uterino, con acqua tiepida di malva, oppure con acqua mista a poche goccie d'aceto.

Nelle gangrenescenze uterine o vaginali, oppure quando i lochi erano assai alterati e fetenti, praticai le iniezioni colla polvere di carbone sospesa nell'acqua, aggiungendovi anche una moderata quantità di acqua di cloro, e ne ebbi ottimi effetti, comprovati dal rapido miglioramento della qualità dei lochi.

Nella cura consecutiva poi delle ulceri puerperali m' attenni alla soluzione di nitrato d' argento, ed alla tintura d' iodio più o meno allungata.

Si intende da sè, che in ogni caso si cercò di isolare possibilmente le inferme, di sottrarle all'ulteriore influenza miasmatica, e di provvedere con ogni sollecitudine al miglioramento dell' aria, a rigorosa pulizia e disinfettazione.

Dall' esito delle cure istituite debbo conchiudere, che è della massima importanza di agire prontamente ed energicamente al comparire del primo sintomo sospetto, e che si potranno ottenere rilevanti vantaggi nel primo stadio, essendo possibile di troncare la malattia. L'esperienza mi insegnò che la cura semplice ridotta a pochi elementi, è quella che merita l'assoluta preferenza. Il salasso, usato con cautela, le sanguisughe, gli oleosi, il chinino, l'ergotina, i mercuriali e joduri, quindi gli emollienti, i bagni freddi estesi, le injezioni: ecco tutto l'apparato medicamentoso del quale potrassi con confidenza attendere un utile effetto. Io credo poi che quelle inferme in cui la malattia percorse tutti i suoi stadii e le quali guarirono, debbono quest' esito fortunato essenzialmente alla cura istituita nel principiar del morbo, assai più che ai così detti tonici nervini, antisettici, ecc., somminisirati (molte volte con danno) nel corso ulteriore del male.

Ai pochi rimedj ora indicati potranno aggiungersi come ausiliari, in certe condizioni, l'acqua di lauro ceraso, la digitale, il ferro, ed alcune volte riuscirà quasi indispensabile una piccola dose di oppio.

Crederei poi utilissimo di somministrare, durante un' epidemia di tale natura, ad ogni gravida prossima al parto e ad ogni puerpera una dose sufficiente di chinina, aggiungendovi all' uopo per quest' ultime piccola quantità di ergotina.

Non posso tralasciare di accennare che alla riapertura dell' Istituto (20 luglio) s' ebbero ancora quattro casi di grave febbre puerperale, i quali vennero trattati rigorosamente in conformità alle idee esposte, e che ebbero tutti un esito felicissimo.

VIII. *Cause.*

Ommetto la enumerazione delle cause generali molteplici, che possono disporre o contribuire allo svolgimento della febbre puerperale, e mi limiterò ad accennare brevemente quelle influenze speciali che ebbero parte nell'origine e nella diffusione dell'epidemia di cui tesso la storia. — Esse si riducono principalmente alle seguenti, alcune delle quali sono esclusivamente inerenti a particolari condizioni di quest' Istituto.

1.º Il genio epidemico dominante nell' inverno e nella primavera scorsa, del quale tenni parola nel primo capitolo di questa relazione.

2.° Il numero straordinario di parti lunghi, difficili ed operativi, che occorsero in quest' anno. Di quanta influenza sia la durata del parto nel favorire le malattie puerperali in genere, risulta dalle osservazioni diligenti di *Simpson*, dalla quale rilevasi che:

muore 1	puerpera sopra	322	quando il parto durò	1	ora
» 1	»	231	»	2-3	ore
» 1	»	134	»	4-6	»
» 1	»	80	»	7-12	»
» 1	»	26	»	13-24	»
» 1	»	17	»	25-36	»
» 1	»	6	»	oltre le 36	»

Osservo però che l' influenza sinistra dei parti lunghi fu di qualche momento nei casi che formarono, per così dire, i prodromi dell' epidemia, giacchè più tardi i parti più felici e più solleciti erano seguìti colla stessa prontezza dalla febbre puerperale.

3.° Un accumulamento di ricoverate straordinario ed eccessivo, relativamente alla capacità dei locali disponibili in questo Istituto. Il numero delle gravide accolte nei primi sei mesi di quest'anno era quasi del doppio superiore all'ordinario.

4.° Alcuni difetti inerenti all'Istituto (il quale era anticamente un convento) maggiormente sensibili, a cagione del numero esorbitante delle ricoverate e delle inferme, cioè impossibilità di praticare isolamenti regolari, mancanza di opportuni apparati di ventilazione, cattiva costruzione e disposizione delle latrine, scarsezza, talvolta somma, di acque per la lavanderia, umidità di alcuni locali posti a piano terreno.

5.° Il graduato sviluppo ed accumulamento d'un miasma puerperale specifico, il quale acquistò la sua massima forza e diffusione col passaggio di una stagione fredda ed umida a calori fortissimi (perfino di 28° nella seconda metà di maggio e nel principiar di giugno).

Chiudo questa succinta relazione col dichiararmi ben lungi dal credere di aver esaurita l' ardua questione della febbre puerperale, questione che fu anche in quest' anno oggetto di vive e dotte dispute di un'illustre Accademia. — Non intesi di scrivere una monografia, od una dogmatica esposizione, ma soltanto di offrire un modesto e coscienzioso contributo, il migliore che per me si potea, allo studio importantissimo della febbre puerperale.

N.° progres.	Giorno d' invasione	Esito.	Forma individuale prevalente.
1	5 Dicembre	Guarigione	Ovario-peritonite.
2	16 Dicembre	Guarigione	Metro-flebite.
3	18 Dicembre	Morte in 10 giorni	Metro-flebo-peritonite.
4	29 Dicembre	Guarigione	Metro-ovarite con flebite crurale.
5	30 Gennajo	Morte in 21 giorni	Metro-flebite con ovarite e con gonartriti.
6	4 Febbrajo	Guarigione	Metro-peritonite, con ragguardevole raccolt sierosa-purulenta nel cavo peritoneale.
7	8 Febbrajo	Morte in 15 giorni	Endometro-flebite, con pericardite ed acacnoit
8	25 Febbrajo	Guarigione	Metro-flebite.
9	26 Febbrajo	Morte dopo 3 giorni	Metro-flebo-peritonite con pericardite.
10	5 Marzo	Guarigione	Metro-peritonite.
11	18 Marzo	Guarigione	Endometrite.
12	4 Aprile	Morte in 8 giorni	Metro-flebo-peritonite, con estesa gangren scenza agli arti inferiori. La donna era stat presa da vajuolo tre giorni prima d parto.
13	18 Aprile	Guarigione	Metrite con grave fleboidesi cerebrale e mi liare.
14	18 Aprile	Guarigione	Metro-peritonite con miliare.
15	2 Maggio	Morte dopo 11 giorni	Metro-peritonite con miliare.
16	3 Maggio	Morte in 9 giorni	Metro-flebite con miliare, e gonartriti.

Andamento del parto.	Risultati necroscopici essenziali.
egolare ma assai lungo	
egolare. Emorragia nel quinto stadio.	
ue accessi di eclampsia nel quinto stadio.	Vasto essudato siero-purulento nel cavo peritoneale, ascessi sotto-peritoneali alla superficie uterina, pus nelle vene.
arto prematuro	
arto lungo per le natiche.	Ascessi nell'ovario destro, ed in ambedue le cavità articolari delle ginocchia. Pus nelle vene uterine.
orcipe per ristrettezza	
orcipe per ristrettezza notevole.	Rammollimento dello strato intimo dell'utero. Ascesso nell'ovario destro. Rammollimento della lamina interna del cranio. Pus nelle vene.
egolare	
orcipe per ristrettezza	Essudato vasto siero-purulento nel cavo peritoneale, o raccolta sierosa nel pericardio, con forte ipertrofia di cuore.
arto prematuro	
artorì un semicefalo putrefatto	
rematuro	Essudato siero-purulento nel cavo peritoneale, pus nelle vene, rammollimento notevole della milza.
egolare	
egolare	
orcipe per eccessivo volume della testa.	Ascessi nello spessore uterino. Pus nelle vene. Milza rammollita.
pontaneo, ma lento per ristrettezza pelvica.	Raccolta purulenta nel cavo peritoneale. Ascessi nelle articolazioni delle ginocchia. Pus nelle vene uterine.

N.° progres.	Giorno d' invasione	Esito.	Forma individuale prevalente.
17	5 Maggio	Guarigione	Metrite con miliare.
18	5 Maggio	Guarigione	Metro-flebite con fleboidesi cerebrale e spinal e con miliare.
19	7 Maggio	Morte in 24 ore	Endometro-flebite acutissima.
20	10 Maggio	Morte nel terzo giorno	Flebite uterina, con ovarite e miliare.
21	18 Maggio	Guarigione	Metro-flebite con miliare.
22	18 Maggio	Guarigione	Idem.
23	20 Maggio	Morte in 3 giorni	Metro-flebite.
24	22 Maggio	Guarigione	Metro-flebite con miliare.
25	1 Giugno	Morte in 4 giorni	Metro-flebite, con estese macchie nere, e co esantema tifoso.
26	3 Giugno	Morte in 4 giorni	Idem.
27	5 Giugno	Morte in 3 giorni	Metro-flebite con petecchie.
28	5 Giugno	Morte in 2 giorni	Idem.
29	7 Giugno	Morte in 8 giorni	Metro-flebo peritonite, con macchie nerastre quindi con risipola flemmonosa alla spall ed al braccio destro.
30	9 Giugno	Morte in 9 giorni	Metro-flebite con pericardite e miliare.
31	9 Giugno	Morte in 8 giorni	Metro-flebite con miliare, macchie petecchial ed ascesso pleuritico.

Andamento del parto.	Risultati necroscopici essenziali.
Assai stentato	
Regolare	
Rivolgimento per placenta previa.	Segni probabili di metro-flebite mediocre. Sangue nero e sciolto.
Facile e regolare	Ascessi uterini ed ovarici. Pus nelle vene.
Idem	
Idem	
Idem	Suppurazione estesa nelle vene uterine.
Idem	
Idem	Pus nelle vene. Milza grande e straordinariamente molle.
Idem	Idem, con emorragie sotto aracnoidee.
Idem	Idem
Idem	Idem
Idem	Effusione vasta nel cavo peritoneale, pus nelle vene, ascesso muscolare alla spalla destra.
Regolare di gemelli	Pus nelle vene. Edema cerebrale.
Regolare	Pus nelle vene: Ascesso pleuritico destro.

La medicina forense, o metodo razionale per risolvere le questioni che si presentano al medico in materia civile e criminale, opera che contiene un riassunto dei migliori Trattati e Memorie pubblicate sulla medicina forense, non che il testo dei Codici di Francia e dei diversi Stati d'Italia e le più interessanti sentenze dei Tribunali minori, delle Corti regie e decreti di Cassazione; *pel dottor* **GIUSEPPE LAZZARETTI.** *Riveduta nelle materie legali da distinti avvocati. Firenze*, 1857-58. — *Analisi bibliografica del dottor cav.* ***O. Turchetti.***

La medicina forense, non vi ha dubbio, deve essere considerata quale un' arte deduttiva di tutte e singole le scienze medico-fisiche, e quale un' arte applicativa del categorico disposto dei singoli codici. — Sicchè essa deve essere pedissequa dei progressi di quelle, e dell' imperativo di questi. — E però deve ritenersi in conto di arte progressiva in maniera incessante. Non vi è scoperta chimica, non vi è nuovo ardimento chirurgico, od esperimento fisiologico, o disponimento legislativo che non *possa* e non *debba* modificare le sue massime aumentando, coll'accrescersi della civiltà, i problemi da risolversi.

Anzi, quando la medicina pubblica o civile sarà ricollocata in quell' alto seggio che le si compete, ed al quale la estolsero (come ben fece conoscere nell' aurea sua storia il cav. prof. *Puccinotti*) tutti i primi legislatori dei popoli, da Mosè e Solone a Numa, a Confucio, a Carlo Magno, potrà spaziare in larghissimo orizzonte, e rischiarare della sua vivida luce molte questioni economico-sociali e civili-sanitarie. Io posso andare errato, ma parmi che, dalla Newa a Boston, e da Londra a Calcutta, oggi si senta questo bisogno; e che si pensi esser giunta l' ora (nel modo che noi l'invocavamo nel 1848) di porre nel numero dei consiglieri, ministri di Stato, un medico avveduto e intelligente, onde a tenore delle prescrizioni della scienza salutare accudisca agli affari del suo ministero. « Hoc erat, hoc est in votis! »

Però, se la medicina forense è un'arte deduttiva, non cessa di essere una scienza razionale per quanto concerne le supreme ragioni filosofiche, sopra le quali si posa, e dalle quali si parte; che anzi lo è in modo, che più che ricevere, deve dare norme al gius costituendo, fermandosi tuttavolta, nella mera applicazione, al gius costituito.

Ora l'Italia, che col *Fedeli* e col *Zacchia* dando il primo esempio del modo indipendente col quale si potevano risolvere i quesiti presentati dai civili e criminali tribunali all'Europa, iniziava questa branca della salutare disciplina, — l'Italia, che con le nominate ed altre alla pari pregievoli opere di medicina legale spianava la via alle grandiose civili riforme da Leopoldo primo attivate, dal Beccaria proclamate e dal Mirabeau assentite, in tempi nei quali tuttora erano calde le ceneri del martire della libertà civile, il napoletano Giannone, e Giuseppe II non peranco aveva dai codici dell' impero tolte le torture e la procedura del medio evo (alle quali fu forza che si piegasse lo stesso insigne giureconsulto romano, il Farinaccio), — non mancò alla sua missione, e di secolo in secolo in pria, e di lustro in lustro poscia, mandò alla luce trattati dogmatici e magistrali di medicina forense. Nei *Tortosa*, nei *Barzellotti*, nei *Puccinotti*, ecc., già vediamo la scienza mutare ordinamento e faccia, e delle innovazioni e dei processi tossicologici e fisiologico-esperimentali degli *Orfila*, dei *Foderé*, dei *Mahon*, dei *March*, dei *Devergie*, ecc., valersi. — In *Francesco Freschi* vediamo accrescersi la medicina legale del disposto dei codici di tutta la penisola, e in un migliore modo veggiamo proposti, e più adequatamente risoluti, i varj quesiti che al medico forense possono dai tribunali essere presentati. — In *Gandolfi* e *Perrone* la medicina legale lascia alcun poco la forma empirica e sdegnando di essere arte serva e pedissequa delle prescrizioni degli uomini del foro, e delle ingiunzioni di pura applicazione della scuola francese, tenta un qualche volo e fa qualche sforzo per razionalizzarsi e porsi a livello delle scienze mediche sorelle. Al quale altissimo concetto cercò pure di poggiare non ha guari il valente *Tassani*, che di giustamente laudata opera medico-forense la patria arricchiva.

Sia dunque onore a tutti questi prodi e illustri italiani, che precedettero il dott. *Lazzaretti* nell'arduo cammino della civile, canonica e criminale medicina.

Il nostro Autore, addetto come perito alle Corti regie della Toscana, secondo appare dalla lettura della sua opera, ebbe in mira tre nobilissimi intendimenti — quelli cioè: 1.° di razionalizzare la medicina forense; 2.° di formare un trattato che avesse validità in tutti gli Stati della penisola; 3.° di porre in relazione i principj e la filosofia del diritto civile e criminale coi principj e colla filosofia delle scienze antropologiche.

Versato in tutte le scienze fisico-mediche, meditando sopra tutti i trattati di medicina forense, facendo giustizia ai problemi di cui la civiltà reclama la soluzione, e i quali non peranco trovarono luogo adequato nelle precedenti trattazioni congeneri; e alle sue dotte, profonde e argute elucubrazioni associando quelle di avvocati distinti (fra i quali basterà a motivo di onore nominare i signori Carrara e Micciarelli) potè fornire e dar mano ad un lavoro magistrale, che non può essere che non sia riconosciuto quale un indispensabile *vademecum* di ogni medico, non che di ogni magistrato e di ogni legista.

Di quest' opera, che consta di tre parti, cioè di una prima parte che tratta della medicina forense in relazione al diritto civile e criminale (e comprende la parte generica del diritto); di una parte che tratta della medicina forense in relazione al solo diritto civile, e di una terza parte che riguarda il solo diritto criminale, è già pubblicata, oltre la prima e la seconda, porzione della parte terza. Sicchè senza tema d'errare, si può avventurare un giudizio su quanto resta da venire alla luce, deducendolo da quel molto che di già l'ha veduta. E per dare un imparziale giudizio di questa pubblicazione, a noi basterà il dire, che l'Autore ha mantenuto quanto nella introduzione prometteva al pubblico. — Locchè è riassunto nelle seguenti parole, — che riporto testualmente, avvegnachè non sapessi in modo migliore compendiare, dirò così, e presentare lo scheletro di tutto il suo trattato. — Premesso a ciaschedun titolo il disposto delle leggi, e la più sana giurisprudenza degli Stati italiani e della Francia; e su queste leggi e su questa giurisprudenza circoscritti tutti i problemi, ed elevate tutte le questioni che essi possono racchiudere ed assegnati i criterii per rettamente risolverli — egli dice: « Nella » prima parte ho trattato dello sviluppo della vita fisica, intellet» tuale e morale dell' uomo; e nel primo titolo ho tenuto parola

» delle modificazioni normali indotte dall' età e dal sesso, e della
» loro influenza sulle facoltà mentali, per determinare la capacità
» civile e la responsabilità morale ai diversi stati e condizioni
» dell' uomo. Date le principali nozioni sui temperamenti e loro
» influenza sul carattere morale degli individui, ho speso qualche
» parola sulle disposizioni fisiche ed intellettuali delle diverse raz-
» ze umane ed in ispecie dei cretini, e sul valore che deve darsi
» ai diversi sistemi di craniometria ed alla frenologia o sistema
» di *Gall*, che ho combattuto apertamente. Infine ho notate le
» diverse cause di inclinazione al delitto e loro repressione, ripor-
» tandovi le recenti statistiche dei tribunali di Francia. Nel 2.°
» titolo ho parlato delle modificazioni innormali dell'uomo, e loro
» influenza sulla libertà morale; e dopo avere esaminate le diverse
» passioni, che pongono dei limiti al libero esercizio delle facoltà
» mentali e diminuiscono il grado di imputabilità nell'agente, so-
» no passato a sviluppare le dottrine mediche sulle diverse forme
» della follia, che escludono la capacità civile e la responsabilità
» criminale, raffrontando la risoluzione dei più ardui problemi
» della psicologia medico-forense. Questo interessante argomento
» del quale gli scrittori di medicina legale si sono occupati per
» mera incidenza, ha ricevuto da me lo sviluppo necessario per
» formare una monografia, sufficiente a somministrare, non solo ai
» medici, ma anche ai giureconsulti, una raccolta di nozioni suffi-
» cienti a ben riconoscere e giudicare la natura e la realtà dei
» casi, nei quali la ragione umana trovasi sconcertata e abolita.

» Nella seconda parte ho trattato le quistioni relative al ma-
» trimonio, e tutte quelle che riguardano le successioni, sulle
» quali troverete elevati e risoluti problemi interessanti, ed affatto
» nuovi, relativi specialmente alla vitalità ed alla vita del feto, alle
» nascite precoci e serotine, alla superfetazione, alla prevenzione
» nelle nascite e presunzioni di sopravvivenza ».

La parte 3.ª concerne la medicina legale in quanto prende di mira le ricerche da farsi nei casi di delitti, o tentati delitti; e questa è dal *Lazzaretti* trattata nel modo fin qui usitato — cioè *praticamente*.

Il dott. *Lazzaretti*, per dare immanente validità al suo Trattato, cercò di posare le sue dottrine sulla psicologia e sulla filo-

sofia del diritto civile e criminale; onde ne avvenisse che comunque si variasse il disposto dalle legislazioni e le massime e dottrine delle scienze mediche, vi restasse sempre una parte incolume nelle sue proposizioni.

Rannodando le sue deduzioni applicative alla psicologia di *Kant*, perfezionata dal *Rosmini* (l'unica che nei tempi attuali e nello stato presente della filosofia possa prendersi a moderatrice delle scienze pratiche e speculative), e dall'altro lato poggiando a quella filosofia magistrale del diritto che si fonda sullo sviluppo, sull'indole e sui bisogni (non in astratto ma in concreto) dell'uomo, e sulle sue passioni, inclinazioni ed istinti, egli giunse a darci una medicina forense dogmatica, che potrà essere consultata da tutti i magistrati, i legislatori e i periti fiscali con molto profitto.

Però, se per un lato il suo metodo di trattare la materia lo condusse a fondare, dirò così, in qualche modo la razionalità della medicina legale, per l'altro lo fece incappare in molte disquisizioni accessorie e quasi accademiche; sicchè meglio raggiunse la forma analitica che la sintetica. Per lo che il capitolo sulle malattie mentali che, a dire il vero, è trattato ex professo, raggiunse uno sviluppo sproporzionato e non confacente all'indole di un'opera didattica, mentrecchè per la parte delle simulazioni e delle dissimulazioni peccò di troppa concisione e di insufficienza di criteri diagnostici e differenziali.

Non vuolsi perciò farsi addebito all'Autore, imperocchè, vergine come era l'Italia, in un tema che da qualche lustro ha richiamato l'attenzione e la sollecitudine di tanti alienisti e filosofi stranieri, l'insistervi, *anche di soverchio*, non sia disdicevole ai bisogni dei nostri magistrati, medici e giureconsulti.

Confutata l'esclusività della scuola somatica e della psichica, il dott. *Lazzaretti* si è dato cura di provare ed ha posto in luce meridiana, che la pazzia è un morbo dell'organismo umano, inducente alterazione nelle operazioni dell'intelletto e nelle deliberazioni della volontà. — Quindi è che l'idea strana non costituisce la malattia, ma ne è una pura manifestazione! — La condizione patologica materiale dell'organismo è quella che perturba gli organi materiali delle sensazioni; e questi invertono i rapporti di percezione e di sentimento.

Difatti esaltata o pervertita la *impressionabilità* animale, gli atti umani addivengono automatici ed irresistibili, in quanto le potenze mentali rimangono inefficaci a frenarli; e le stesse concezioni deliranti organizzano le impulsioni istintive, alle quali viene assoggettata la intelligenza; e però il soggetto agisce istintivamente. Anzi spesso conosce l'indole dell'atto che va a commettere, le sue conseguenze e la sua immoralità, e non pertanto è costretto e trascinato a compierlo precipitosamente, spintovi dalle allucinazioni, senza che possa aver luogo la riflessione normale e correttiva! E qui conviene distinguere *appassionato* e *delinquente* da *folle*, poichè solo in questo avvengono le spinte e le impulsazioni irresistibili al delitto, sebbene non voluto *deliberatamente*, e sebbene come tale riconosciuto. E poichè non avvi delitto, dove è coazione morale e dove manca la libertà dell'elezione, così fa duopo che i giudici compiangano, non *puniscano*; racchiudino, non *condannino* quei miseri presso i quali gli istinti vitali o sentimentali sono radicalmente pervertiti. E di ciò deve esserne convinto ogni dotto magistrato, che alcun poco abbia tenuto dietro ai recenti progressi delle frenopatie ed agli atti delle corti criminali della Francia e della Germania.

Il nostro Autore, ammettendo in scienza, poichè sono in pratica e in natura, le follie ragionatrici, le sistematiche, le istintive, ecc., le va illustrando con notorii e solenni esempi, risguardanti tendenze irresistibili al suicidio, al furto, all'incendio, all'omicidio; non trascurando la partita delle illusioni, delle allucinazioni, delle lipomanie, ecc. Nè ommette di avvertire che all'umana libertà, suprema facoltà mentale, sono posti limiti e inciampi dall'istinto, dal giudizio teoretico e pratico, e dalle stesse opinioni erronee, tutti agenti istigatori di azioni che possono essere disapprovate dalle leggi dello Stato, siccome dalla coscienza retta — ossia dalla gran legge morale. — Non trascurando la valutazione dell'ignoranza, della coazione morale e fisica e dell'impeto degli affetti, nel portare giudizio degli atti consumati, avverte che quando per qualsiasi motivo, la *vera libertà morale*, e la *libertà della scelta* è tolta, non è a parlarsi di *responsabilità* e *di imputabilità criminosa.*

Confuta la cranioscopia e la frenologia, non che la dottrina di *Pinel* ed *Esquirol* sulle alterazioni (monomaniache) di una sola

facoltà intellettuale; ma però erra, quando dice che *Gall* negava il libero arbitrio e ammetteva le tendenze infrenabili. — Che se la frenologia è falsa nella parte pratica, nel riscontro e nella verificazione, cioè nella cranioscopia — non lo è in modo alcuno anatomicamente e psicologicamente, poichè i filosofi tutti ammessero le specialità di tendenze e di attitudini e di facoltà, non che nelle diverse razze umane, in ciascheduno individuo della stessa razza. Ed è anche noto che *Giordano Bruno* avvisò « nel cranio di ciaschedun uomo potersi leggere la sua biografia » nel momento che *G. B. Della Porta* traduceva in atto la correspettività delle fisonomie con le diverse attitudini ed inclinazioni degli uomini. Che se errarono alcuni sommi alienisti nel ritenere alcuni folli per pazzi a metà, imperocchè sia pur vero che fra l' unità del pensiero volitivo e le facoltà intellettuali e morali, vi sia una indeclinabile solidarietà, non è men vero per altra parte che la ragione, che non è più valida barriera contro alcuni affetti, istinti o pensieri, non lo sia contro altri. E gli incendiari non omicidi, i ladri non incendiari, e i suicidi non omicidi (quando si tratti di alienati) dimostrano la verità del nostro asserto.

Se non che altro è il considerare questi soggetti, dirò così, fisio-psicologicamente, altro è il considerarli in rapporto agli effetti penali: e in questo proposito non siamo lungi da assentire al ch. nostro *Lazzeretti*: e opiniamo noi pure che si debba rigettare la massima finora invalsa nel Foro, « di riconoscere scusa- » bili soltanto i monomaniaci in quei soli atti che si riportano al- » l' ordine speciale di idee in rapporto alle quali è palese il de- » lirio ».

Troppo ci prolungheremmo, se dire volessimo di tutte le quistioni spettanti al diritto civile e al criminale (alcune delle quali del tutto nuove) che il nostro trattatista ha agitato in questo suo importante lavoro. — Le varie forme della pazzia sono studiate medicamente e legalmente. Vi sono presi in esame le cause, i sintomi e le forme diverse. Vi è la valutazione circospetta dello stato mentale dei cretini, degli impuberi, delle femmine, dei sonnamboli, degli ebbri, degli epilettici, apoplettici, isterici, erotici, dormiveglianti, dipsomaniaci, degli effetti dal delirium tremens, ecc., degli allucinati, ecc.

Inoltre per valutare l'idoneità civile e la imputabilità criminale

sono prese in mira le razze, le età, le passioni, il grado di istruzione, la cecità, il mutismo, la sordità e i temperamenti, facendo di tutti questi modificatori conoscere l'influenza e la portata sulla libertà morale. Nè ha ommesso di dire del suicidio, che non ritiene muovere costantemente da alienazione mentale: e quindi non infirmante gli atti civili compiti dal suicida poco tempo avanti della eseguita distruzione di sè stesso.

In quest' opera, che pone sempre a confronto il disposto dei codici coi principj della scienza, e questi coi casi pratici e colle decisioni dei tribunali, è confutata l' antica teoria della *colpa* e del *dolo massimo* e *minimo*, ed è bene sviluppata la teorica degli istinti vitali sensoriali (o sentimentali) e delle percezioni intellettuali, come influenti alla libertà morale, potenza esecutoria delle azioni umane, ed unico elemento di imputabilità; come pure è dichiarato, che l' intelletto e la volontà sono bensì attivi per riflesso proprio, ma non cessano di essere legati e di sentire e di volere *mentalmente* a tenore della integrità o non integrità impulsiva degli organi. — Non nego però che nella valutazione dell'influenza dei temperamenti, non sia un cotal poco troppo astratto e trascendentale: ed in quella delle passioni troppo riciso e categorico ed esclusivo, ammettendo la *piena imputabilità*, per l'unica ragione che il soggetto poteva non porsi nella circostanza di essere troppo dalle passioni pressato e violentato ad azioni criminose!

Le molte statistiche dei delitti che egli riferisce nella prima parte del trattato, se valere possono alcuna cosa per il gius costituendo, non valgono nulla affatto pel gius costituito, e per risolvere le quistioni medico-forensi: e le due dissertazioni psicologiche, nelle quali è compendiata la dottrina delle percezioni affettive, delle percezioni apprezzative, e della libertà regolatrice che compie gli atti di elezione, di volizione, e di forza deliberativa pratica, se non possono giungere sgradite al medico e al magistrato filosofo, inceppano non poco il regolare corso della trattazione delle quistioni spettanti direttamente alla medicina forense. Però noi non siamo per far broncio, in questa epoca luttuosa di empirismo, ad una consimile intrusione filosofica; che anzi ci piace ripetere tutto il finale di quella che noi chiamammo la 2.ª dissertazione, e che, come ognuno vedrà, è tolta di peso dal sommo

Rosmini. — « Nell'uomo cadono due principj di azione, uno dei » quali è l'uomo e l'altro è nell'uomo: quello è il principio *ra-* » *zionale*, questo il principio animale, essendo l'anima intellettiva » forma di un corpo sensitivo e non di nuda materia; il quale » predicato, anzichè distruggere, conferma la di lei unità in quanto » è principio supremo del sentimento che percepisce, come *entità*.

» L'*intelletto* è il principio che intuisce l'*essere* ideale inde- » terminato; e la ragione, colle proprie funzioni, applica questo » essere ad illustrare e a rendere riconoscibili le cose e produrre » all'uomo cognizioni sempre nuove. Queste funzioni sono la *per-* » *cezione*, la *integrazione*, l'astrazione e la deduzione delle scienze » pure e complete. La *riflessione* abbraccia le ultime tre, il *ra-* » *gionamento* le ultime due. La riflessione opera per analisi, o » scomposizione delle cognizioni, mediante la facoltà di astrarre; » e per sintesi, o composizione delle cognizioni, colle facoltà del » giudizio, del raziocinio e del ragionamento. Gli *stimoli* esterni » muovono la sensibilità *esterna;* gli istinti fisici muovono a prin- » cipio la fantasia, suscitando la facoltà di universalizzare. Le im- » magini corporee svegliano la potenza di dividere le idee dalle » percezioni, ed il linguaggio ricevuto dalla società trae a suo » atto la facoltà delle idee astratte, e dà con essa all'uomo l'uso » della propria libertà. La *libera attività*, cioè il dominio delle « proprie potenze acquistate dall'uomo colle idee astratte, sommi- » nistrate dal linguaggio, serve a dar moto a tutte le sue potenze » ed apre libero il campo all' indefinito sviluppo di tutte le sue » facoltà ».

La ragione, basando sulla legge morale, deve vincere la spinta criminosa e gli istinti sensuali e far ravvisare maggior bene, dove non sembra, e fornire la forza pratica necessaria alla volizione elettiva e determinante. Ma non è a negarsi che spesso essa, giudicando a tenore di quanto le viene presentato dall'infermo strumento organico, non coglie nel vero: e quand'anche la ragione e l'intelletto cogliessero nel vero, vi è da considerare che non è lecito confondere le facoltà apprensive con le facoltà operative, e quindi la coscienza coll'intelletto, e questo con la volontà; e che la libertà di elezione è un estremo voluto, richiesto e necessario in ogni atto incriminabile.

Noi raccomandiamo l'attenta lettura di questa parte dell'opera

del *Lazzeretti*, sia perchè è quella in cui maggiormente sfoggia il suo acuto ingegno, sia perchè è ricca di squisita dottrina, sia perchè negli Autori che in Italia lo precedettero, nella trattazione delle questioni di medicina legale, fu appena accennata. — E siamo certi che nella pazzia ravvisando una alterazione dei rapporti formali fra l'anima e il suo strumento, potranno i medici e i magistrati trovare la chiave per dilucidare molti astrusi problemi.

Nella parte seconda di questo trattato (della 3.ª diremo quando sarà per intero pubblicata), è considerato il matrimonio nei suoi ostacoli e nei suoi impedimenti, nella separazione dei conjugi, negli errori di sesso, ecc. E vi è pure trattato delle successioni, dei diritti agli alimenti per le vedove. Vi si tratta della vita e della vitalità dell'infante, della superfetazione e delle nascite precoci e serotine, della legittimità e figliazione, della presunzione del primo nato, di quella di sopravvivenza, ecc.

Qui ha termine il primo volume di 660 pagine di testo minuto, ricco di scelta erudizione, impareggiabile per l' opportunità dei moderni quesiti e per quanto spetta alle annotazioni legali, oltre il testo dei singoli codici degli Stati italiani. — Noi torneremo sopra questo trattato appena ne sarà compita la pubblicazione. — Valga il presente annunzio ad invogliare quanti hanno in pregio il senno italiano: e quanti godono nel vedere trattata scientificamente una branca della disciplina sanitaria ridotta presso che ad essere l'ancella delle scienze legali e delle ordinanze legislative.

Lazzaretti ha tentato di porre la medicina forense in onorato seggio, in modo da servire al gius costituito e da imperare col gius costituendo, e noi tutti medici italiani dobbiamo a lui plaudire ed essergliene grati.

Ricerche sulla alienazione mentale dei fanciulli e dei giovanetti; *del dott.* Brierre de Boismont. — (*Riassunto dell'A.*). — L'alienazione mentale si osserva nei fanciulli.

La forma maniaca, o piuttosto il pervertimento degli istinti con esaltazione, è quella ch' essi presentano ordinariamente.

Questa malattia è più comune nella giovinezza, all'epoca della pubertà.

Nei 42 soggetti che formano la base del lavoro dell' Autore, i primi sintomi del male si sono manifestati verso la pubertà. Quando più tardi scoppiò il disordine, il carattere erasi mostrato bizzarro fin dai primi anni, e le donne avevano provato fenomeni isterici, convulsivi, ecc.

Sopra 30 casi nei quali gli antecedenti poterono essere accuratamente raccolti, 18 volte eravi predisposizione ereditaria. Indipendentemente dal difetto originale, i parenti erano mal organizzati dal punto di vista morale, e i loro fanciulli avevano riportato il germe di queste cattive disposizioni.

L'influenza di tali trasmissioni ereditarie è quasi completamente ignota agli educatori dell' infanzia e della giovinezza: così vedesi spesso la follìa essere il risultato di questa ignoranza delle leggi dell' igiene.

Le malattie dell' infanzia comprese sotto il nome di febbri cerebrali hanno, in generale, una azione funesta sul carattere e la ragione dei giovani che ne sono affetti. Essi rimangono spesso apatici, tristi, e diventano facilmente alienati.

I disordini della mestruazione nelle giovani persone predisposte sono pure una causa determinante della pazzia.

Il pronostico della pazzia nei giovani predisposti è grave, poichè se la guarigione raggiunge a un dipresso la metà della cifra totale, avvengono, in molti casi, recidive, cangiamenti di carattere, ed inettezza ad esercitare uno stato.

Codesta gravità della alienazione a tale epoca della vita sembra evidentemente dipendere dagli antecedenti e dallo sviluppo incompleto dell'organismo. I disordini della mestruazione rendono ancor più sfavorevole il pronostico.

In riguardo al pronostico della alienazione mentale, in generale, la cognizione di questi fatti è importante, perchè prova che, nella proporzione considerevole della incurabilità, bisogna tener conto della natura degli elementi.

L' influenza della eredità morbosa, fisica e morale, sì apprezzabile nei fatti che formano la base del lavoro dell'A., è un insegnamento per la filosofia, la educazione e la medicina legale.

Il trattamento medico e igienico può arrestare i progressi del male, guarirlo anche in alcune circostanze; ma è insufficiente quando questo sia passato allo stato di degenerazione.

Il solo mezzo che possa lottar d'energia contro una modificazione così profonda, e preparata spesso da lunga mano, è l'incrociamento delle famiglie. Le numerose esperienze tentate con tanto successo negli animali, quelle tutte eseguite sulla razza umana, dimostrano giornalmente la potenza di questa legge. (*Accad. fr. delle scienze; 7 giugno* 1858).

Sulla formazione della materia glicogenica del fegato nella economia animale; *Rapporto del sig.* Poggiale *all' Accad. fr. di med.* (*13 luglio* 1858). — Gioverà qui rammentare di volo ai nostri lettori la bella scoperta di *Bernard*, relativa ad una nuova funzione del fegato, la funzione glicogenica, e l'interesse destato dalla discussione impegnata in proposito tra il sig. *Figuier*, che impugnava tale scoperta, e l'inventore che la difendeva; non che il memorabile rapporto di *Andral* all' Accad. delle scienze, che terminò la lotta confermando i risultati annunziati da *Bernard*. In seguito a questo rapporto, il celebre fisiologo istituendo nuove ricerche allo scopo di confermare le prime, scoprì nel fegato degli animali erbivori e carnivori una materia particolare alla quale diede il nome di *glicogene*, perchè, posta in certe condizioni, godeva della proprietà di dar nascimento al glucosio. L'esistenza di questa materia glicogenica, che il *Bernard* considerò siccome inerente al fegato degli animali e indipendente dalla natura della loro alimentazione, sembrò impartire una solenne conferma alla scoperta della funzione glicogenica del fegato e metterla quind'innanzi al coperto da ogni attacco. Pure uno sperimentatore, il sig. *Sanson*, capo dei lavori chimici alla Scuola di medicina veterinaria di Tolosa, indirizzò all'Accad. di med. due memorie nelle quali dichiarava aver trovato la materia glicogenica non solo nel fegato degli animali, ma eziandio in seno di altri organi e tessuti della economia, e finalmente nel sangue. Il sig. *Sanson* stabiliva inoltre che questa materia glicogenica, lungi dall'essere il prodotto di una specie di secrezione del fegato, come lo pretendeva *Bernard*, non proveniva che dagli alimenti. Era un rimettere in questione e la scoperta di *Bernard*, e la sua dottrina glicogenica. Laonde la Commissione eletta dall' Accad. per esaminare le due memorie di *Sanson*, gelosa di dare a tale questione una definitiva soluzione, s'egli era possibile,

si dedicò su questo importante argomento a numerose esperienze, delle quali *Poggiale*, in un bellissimo rapporto, è venuto a porgere i risultati. Eccone le conclusioni:

1.° La separazione della materia glicogenica col mezzo dell'acido acetico cristallizzabile, è preferibile al processo primitivamente adoperato.

2.° Una decozione concentrata di fegato, di carne muscolare, ecc., mista a saliva e riscaldata dolcemente, fermenta in presenza del lievito di birra, se contiene materia glicogenica. Bisogna previamente assicurarsi ch'essa non contenga dello zucchero.

3.° Le proprietà della materia glicogenica sembrano porla fra l'amido e la destrina.

4.° Quando si sperimenta sopra cani alimentati costantemente con carne, la materia glicogenica non si riscontra che nel fegato. Nello stato attuale della scienza, e senza pronunciarsi sulla questione di dottrina, si è dunque obbligati di ammettere che, nei carnivori, tale sostanza si produce nel fegato, e non si forma nei tessuti della economia.

5.° La materia glicogenica si trova abbondantemente nel fegato degli erbivori. Non la si scopre in altri organi della economia se non se quando questi animali si nutrono con alimenti ricchi di sostanze amilacee.

6.° In un grandissimo numero di esperienze, la Commissione non ha constatato che una volta la presenza della materia glicogenica nella carne da macello. In altre esperienze la trovò costantemente nella carne muscolare di cavalli sani. Ma questo fatto interessante, dovuto alle ricerche del sig. *Sanson*, non prova che la materia glicogenica sia sempre somministrata dagli alimenti. (*Le Progrès, N.* 29 *del* 1858).

Natura e cura del croup; *del dott.* Jadin. — Dallo studio di questa malattia, intrapreso sotto un nuovo punto di vista, l'A. si crede autorizzato a conchiudere:

1.° Che il *croup* e le *angine membranose o croupali* non sono che affezioni *parassitiche o muffe.*

2.° Che la cura di queste affezioni non esige nè mezzi terapeutici generali, nè cauterizzazioni incendiarie; mentre le semplici

applicazioni parassiticide bastano a dissiparle procacciandosi così la guarigione.

Quanto all'agente terapeutico più acconcio all'uopo, l'Autore, dopo averne enumerati molti fra quelli adoperati finora contro somiglianti affezioni, dichiara: che a tutti questi mezzi infedeli, formidabili o dannosi, ha preferito il *percloruro di ferro*, il quale distrugge completamente il *parissita*, limitando tuttavia la propria azione alla superficie e potendo essere assorbito senza danno per l'organismo. — E non solamente uccide il parassita, ma modifica la condizione emorragica che esiste costantemente nella località affetta e nei punti circostanti ad essa. Infine provoca immediatamente l'escreato e con esso l'espulsione delle pseudo-membrane. (*Accad. fr. delle scienze, 26 luglio* 1858).

Nuovo sintoma del croup indicante la tracheotomia; *del dott.* Bouchut. — (*Conclusioni*). 1.° Il terzo periodo del croup è accompagnato da *unestesia cutanea generale.*

2.° Tale anestesia aumenta per gradi, a misura che si condensano e si estendono gli essudati fibrinosi della laringe.

3.° Non è completa se non quando l'ostacolo all'ingresso dell'aria nei polmoni non sia considerevole e dati da qualche ora.

4.° È conseguenza d'imperfetta ematosi e di vicina asfissia.

5.° S'incontra sia nei casi d'*asfissia latente* senza cianosi, sia nei casi d'asfissia manifesta, con cianosi e soffocazione.

6.° Nella difterite grave a segno da occasionare per sè sola la morte, l'*anestesia cutanea* non s'appalesa quando non siavi irradiazione morbosa alla laringe.

7.° L'*anestesia cutanea* è sintoma infausto.

8.° Essa costituisce una indicazione formale per ricorrere alla tracheotomia.

9.° Cessa l'anestesia allorquando per l'incisione della trachea siensi ristabilite le funzioni dell'ematosi. (*Id. ibid.*).

Nuovo e semplicissimo mezzo per prevenire la rigidità e l'anchilosi nelle fratture; *del dott.* Morel-Lavallée. — L'Autore stabilisce, anzitutto, che le fratture trattate coi presidii ordinarii sono spesso seguite da ostinate rigi-

dità e ben anco da anchilosi; ne fanno fede i numerosi esempii rammentati dai più rinomati chirurghi. Non di rado infatti, dopo molti mesi e dopo molti anni dacchè avvenne la frattura, le articolazioni ad essa vicine non aveano ancor ricuperato i loro movimenti. L'A. cita perfino il caso d'una frattura, al terzo medio della coscia, che fu cagione di anchilosi al ginocchio e al collo del piede, mentre i frammenti dell'osso non s'erano riuniti. — L'A. dimostra, in seguito, come la cagione di tali rigidità e anchilosi consista nella lunga immobilità a cui gli apparecchi in uso condannano gli arti fratturati. « Conveniva trovare, pensa l'A., » un metodo che conciliasse l'immobilità dei monconi colla mobi» lità delle articolazioni vicine, adempiendosi così a due condizio» ni apparentemente incompatibili. A quest'uopo io ho immaginato » un apparecchio così logico e così semplice da meravigliare ch'ei » non sia antico come la chirurgia ».

In luogo di circondare il membro fratturato in guisa di cilindro inflessibile in tutta la sua lunghezza, la nuova fasciatura, a livello d'ogni articolazione, presenta una articolazione corrispondente. Per stabilire la quale basta collocare, in un apparecchio solidificabile ordinario, un corpo grasso fra due giri di fascia sovrapposti. Lubrificati così nelle loro superfici contigue, questi due giri restano indipendenti e scorrono mirabilmente l'uno sull'altro. A tale intento non si esigono che due regole speciali:

1.ª Delle due circonvoluzioni che compongono l'articolazione della fascia, incastrantisi l'una nell'altra, l'*interna* dev'essere quella che circonda l'osso fratturato, avviluppata in quella che ricopre l'articolazione.

2.ª Questa circonvoluzione interna deve, specialmente nelle fratture di articolazioni, avanzarsi fino all'estremità fratturata dell'osso, ed anche un pò al di là; duplice disposizione che lascia intatta la solidità dell'apparecchio contentivo.

Si adempie a queste due condizioni applicando l'apparecchio a segmenti, che corrispondono a quelli del membro che dev'esserne ricoperto. Si comincia dall'osso fratturato sul quale, percorrendolo da una estremità all'altra, s'esaurisce la prima fascia. Si stende in seguito uno strato leggero d'assugna sulla *circonvoluzione iniziale* quando a quel punto soltanto si voglia articolare la fascia, se ne unetta poi anche la circonvoluzione *terminale* quando

la fascia debba protrarsi in questo senso sovra un'altra articolazione.

La sostanza grassa interposta alle due circonvoluzioni contigue non le separa in guisa da impedire ch'esse restino unite in diversi punti; d'onde si conservano temporariamente all'apparecchio tutte le proprietà d'una matrice inflessibile.

Trascorsi otto o dieci e più giorni, quando cioè lo consentano gli scemati dolori, una leggiera flessione impressa nell'articolazione della fasciatura basta a renderle la mobilità. Può allora il chirurgo far eseguire, in una prudente proporzione, dei movimenti più estesi alla doppia articolazione dell'apparecchio e del membro; movimenti che riescono innocui, mentre non intaccano l'immobilità dei frammenti dell'osso fratturato.

Si potrebbe temere, *a priori*, che i frammenti, obbedendo alla trazione dei legamenti e dei muscoli, potessero essere spostati da questi movimenti; ma cominciando per tempo a mantenere libera l'articolazione, non si lascia campo d'accorciarsi alle fibre legamentose e muscolari; sicchè la loro tensione, nei casi di frattura, non è maggiore di quel che sia nei movimenti normali in ragione dei quali fu calcolata la loro lunghezza. (*Accad. fr. di med.*, 27 *luglio* 1858).

Nuovo metodo del dottor Bonnet **di Lione nella cura delle coxalgie e tumori bianchi articolari.** — Il dottor *Bonnet* di Lione facea ultimamente a Parigi diverse comunicazioni sul suo metodo particolare di cura dei tumori bianchi e della coxalgia in ispecie. Troppo lungo sarebbe lo esporre intera la lezione del chiarissimo chirurgo a questo riguardo; le idee fondamentali sulle quali basa e s'appoggia, risultano assai bene dalla esposizione di quanto egli stesso eseguiva sopra due malati a cui ne fece l'applicazione nella clinica chirurgica del professor *Nélaton*.

Il primo malato, affidato alle cure del *Bonnet*, era un garzone d'anni 10 affetto da coxalgia con apparente raccorciamento dell'arto e reale allungamento nell'atto della misurazione, facile cosa a spiegarsi dal momento che si conosca che fa d'uopo attribuire la maggior parte delle variazioni in lunghezza del femore, non al cangiamento del sito, alla lussazione cioè di quest'osso, bensì alle

deviazioni del bacino. Infatti la lussazione propriamente detta è rara, e quando esiste raccorciamento, ciò deve attribuirsi a che la testa del femore è rimontata nella cavità cotiloidea fatta più ampia per la distruzione del tessuto osseo, ma non alla sua uscita dalla cavità cotiloidea.

La prima indicazione cui compie il chirurgo di Lione quando ha che fare con una coxalgia, si è di riporre la testa nella normale sua posizione e correggere la deformità dell' arto. Nei casi di vera anchilosi, questo metodo non è applicabile; ma nella maggior parte dei casi la testa è trattenuta da fibrose aderenze, dalla retrazione della capsula e dei tendini. In questi casi si procede nel modo che segue: si provoca nel malato il sonno anestetico onde far cessare ogni contrazione muscolare, e assicurarsi bene in che consista la deformità; per conoscere gli esatti rapporti del femore e del bacino è necessario abolire la deviazione pelvica che può facilmente esser presa per un cangiamento di rapporto della testa femorale; uopo è mettere le due spine iliache sullo stesso piano, al quale scopo gioverà la flessione del tronco sugli arti addominali.

Nel caso per noi indicato la coscia era flessa a 45° circa; non v' era lussazione, quantunque il gran trocantere protuberasse di molto. S' aggiunga al sintoma indicato una evidente adduzione ed una rotazione all' indietro.

Il dottor *Bonnet* ha cominciato col distrurre le aderenze mediante movimenti d'impulsione dall'avanti all'indietro e dall' indietro all'avanti, essendo questo il mezzo che vale ad evitare la rottura della testa del femore quando ne sia alterata l'ossea tessitura. Quindi impresse dei leggieri mezzi d' estensione e flessione combinati a dei moti di adduzione e rotazione all' infuori.

In capo a 20 minuti circa otteneva il grado d' estensione che gli parea sufficiente, e la corda tesa degli adduttori ch'egli avrebbe divisa, se volealo il caso, avea pure ceduto allo stiramento. Fatto allora mantenere l'arto nella sua nuova posizione, applicò con molta cura i numerosi pezzi dell' apparecchio da lui usato. Egli circondò il membro di pezze di ovatta che fissò con fasciatura circolare, applicava quindi delle liste di cartone imbevute di colla d'amido liquida, non solo su tutta l'estensione dell'arto addominale, ben'anco tutto intorno al bacino onde renderlo immobile. Que-

ste lamine di cartone furono a loro volta ricoperte di numerose bende amidonate d'una lunghezza considerevole, avuto riguardo all'età del giovinetto. Ciò posto, è evidente che era necessario dare a quest' apparecchio un' adatta forma fino a che non si fosse reso solido. Onde adempiere a tale indicazione il *Bonnet* ricorre a ferule di ferro ricotto che hanno il vantaggio di adattarsi a tutte le forme del membro, e d'essere nello stesso tempo inflessibili.

Una obbiezione venne fatta all' illustre chirurgo: se cioè non fosse a temersi una infiammazione a causa di movimenti così estesi e prolungati. Senza tener conto che questi moti sono impressi metodicamente, egli trova da una parte nel cotone che mantiene intorno all'arto una morbidezza uniforme, e dall'altra nella immobilità due potenti mezzi antiflogistici; i risultati della sua esperienza confermano ciò che egli asseriva, giacchè non osservò mai suppurazione, anco nei casi in cui avea praticate sezioni sottocutanee.

Il secondo soggetto era una fanciulla d' anni 5, affetta da tumore bianco al ginocchio. Nell'esame accurato che ne fece il *Bonnet*, riconobbe un ascesso profondo molto circoscritto, quantunque la presenza delle fungosità possa facilmente esser causa di errore; l'esistenza delle fungosità era confermata dallo sviluppo delle vene sottocutanee pronunciate al pari di quelle che si trovano intorno a tumori cancerosi. La deformità consisteva in una leggiera abduzione con incompleta lussazione della tibia resa evidente da una depressione al di sotto della rotula, e da una deviazione degli assi della tibia e del femore.

Oltre a tale deformità del ginocchio altra ne esisteva alla regione pelvica; la spina iliaca del lato affetto era più elevata, esisteva una concavità alla regione lombare. L' anca era sana, ma v' avea una rigidezza nella articolazione coxo-femorale con flessione e adduzione, e se non si fosse rimediato a tale deformità, la coscia malata avrebbe a poco a poco incrociata la coscia del lato sano.

Onde distruggere la doppia deformità furono impressi all' articolazione della coscia, indi a quella del ginocchio dei movimenti metodici, quindi fu mantenuta la estensione.

Il dott. *Bonnet* rimarcava che nel caso in questione la malattia era più importante della deformità: che era d' uopo evacuare

il pus, provocare l'organizzazione della linfa plastica che costituisce le fungosità. A questa indicazione adempì colla cauterizzazione che egli eseguisce d'un modo speciale; la pratica cioè sotto il bendaggio amidonato, e nello spazio di quindici mesi, egli dice, 60 applicazioni di caustico hanno sempre prodotto i migliori risultati. A tale effetto egli usa delle pastiglie di potassa inviluppata nella ovatta onde il liquido escarotico non s'estenda al di là del punto in cui il caustico viene applicato. Singolare risultato s'ottiene con questa fatta di cauterizzazione, ed è che l'azione del caustico riesce quasi indolente; di più la suppurazione è di molto ritardata per la occlusione dei cauteri, e quando in capo a quindici giorni si toglie il bendaggio, è già molto se il pus è formato.

Noi abbiamo citati due casi particolari, ma il metodo surriferito è ugualmente applicabile a tutti i tumori bianchi e se vogliasi ancora a quelli della porzione cervicale della colonna vertebrale.

Determinati che siano esattamente gli elementi della deformità, rendere malleabile la articolazione, operare il raddrizzamento, infine assoggettare l'ammalato ad un bendaggio inamovibile sono le indicazioni del metodo, facile, e che non porta seco nè infiammazione, nè dolore, ma che esige una intelligente pazienza senza grande dispendio di forza. La fasciatura inamidata deve essere lasciata in posto per tre o quattro settimane. Al termine di questo tempo si leva, si visitano le parti malate, e si ha cura, sia applicandola di nuovo, sia servendosi d'apparecchi particolari, di perfezionare il raddrizzamento, e di prevenire il ritorno della deformità, che lungo tempo conserva la tendenza a riprodursi. È operando su dei fanciulli o degli adolescenti che s'ottengono vantaggiosi risultati; devono lasciarsi a parte i malati avanzati in età, e i giovani di costituzione tubercoloso-linfatica, bisogna non intraprendere mai operazioni simili nelle anchilosi divenute ossee, o in quelle mantenute da tessuti fibrosi assai resistenti, la cui formazione abbia coinciso con ulcerazioni profonde. Praticando le sezioni sotto-cutanee, e collocando le fasciature inamovibili, bisogna conformarsi a tutti i precetti dati da *Giulio Guérin*, *Seutin*, ecc.

Finalmente è ancora necessario agire sul generale con mezzi farmaceutici, e sopratutto igienici, ed è coll'esercizio e l'aria sa-

lubre che il *Bonnet* completa il suo sistema di cura, gli elementi del quale sono così felicemente combinati allo scopo loro comune. (*Gazz. degli ospedali di Genova, N.*° 16 *del* 1858).

Della influenza dei due ordini di nervi che determinano le variazioni di colore del sangue venoso negli organi ghiandolari; *di* Cl. Bernard. — Il sig. *Bernard* presentava, non ha guari, alla Accad. fr. delle scienze un lavoro relativo a fenomeni di coloramento nel sangue venoso. Questo sapiente fisiologo aveva osservato che il sangue venoso non conserva sempre il color nero che lo distingue e presenta talvolta il colore rutilante del sangue arterioso. Egli aveva riconosciuto che questa differenza di coloramento nel sangue venoso dipende dalla differenza di stato fisiologico dell'organo. Nell' organo in riposo, il sangue venoso è nero; esso diventa rosso nell'organo in funzione.

Spingendo più lungi queste investigazioni, l' infaticabile osservatore ha studiato ed analizzato sperimentalmente le condizioni fisiologiche del fenomeno rivelatogli dal caso, e venne quindi a porgere il risultato delle sue ricerche in una interessante Memoria presentata alla Accad. fr. delle scienze (9 agosto 1858).

Le esperienze del sig. *Bernard* si esercitarono sovra un piccolo teatro, la ghiandola sotto-mascellare. Gli è in questo piccolo apparecchio ghiandolare assai circoscritto che l' ingegnoso sperimentatore ha cercato e ritrovato la causa essenziale del curioso fenomeno in discorso. — Questa causa risiede nella azione nervosa.

Nella ghiandola sotto-mascellare, secondo *Bernard*, due differenti nervi producono la differenza di coloramento del sangue venoso, nello stato di riposo e di azione dell' organo. Il nervo sotto l' influenza del quale il sangue venoso della ghiandola sotto-mascellare diventa rosso, è il ramo timpanico-linguale, che si stacca dal linguale per distribuirsi a questa ghiandola.

Se, nello stato di riposo dell'organo, allorchè il sangue venoso ch'esso contiene è nero, si irrita con mezzi meccanici, fisici o chimici, il ramo timpanico linguale, nel medesimo istante si scorge il sangue venoso assumere il coloramento rutilante del sangue arte-

rioso. Quando si cessa d'irritare il nervo, il fenomeno scompare, e il sangue ridiventa nero.

Se, al contrario, nello stato di attività della ghiandola sotto-mascellare, allorchè il sangue venoso è rosso, si taglia il ramoscello timpanico-linguale, al momento il color rosso scompare e il sangue venoso diventa nero; — allorquando, pel galvanismo, si irrita la estremità periferica del nervo tagliato, il coloramento rutilante si manifesta di nuovo, per iscomparire quando cessa la galvanizzazione.

Dunque si è sotto la influenza del nervo timpanico-linguale che il sangue venoso della ghiandola sotto-mascellare diventa rosso durante lo stato di attività di quest'organo.

Il nervo che rende nero il sangue venoso della ghiandola sotto-mascellare allo stato di riposo, proviene dal gran simpatico e si stacca dal ganglio cervical superiore. Infatti, dice *Bernard*, se si taglia il ramoscello nervoso simpatico che si ramifica nella ghiandola sotto-mascellare, all' istante si scorge il sangue venoso prendere un coloramento rutilante simile a quello del sangue arterioso. — Quando si ristabilisce, per una irritazione qualunque portata sulla estremità periferica del nervo tagliato, l'influenza del gran simpatico sulla ghiandola, sì tosto il sangue venoso ridiventa nero, e questo coloramento persiste sinchè dura l' influenza del gran simpatico sulla ghiandola sotto-mascellare. È dunque positivo che i fenomeni di coloramento alternativamente nero e rosso che presenta il sangue venoso della ghiandola sotto-mascellare secondo lo stato di riposo o di attività dell'organo, sono dovuti alla opposta influenza di due diversi nervi: il gran simpatico e il nervo timpanico linguale. — Ma, aggiunge *Bernard*, l'azione nervosa non produce direttamente la modificazione chimica alla quale sono legati questi fenomeni di coloramento; avvi fra questi due fatti un fatto intermediario, che è la modificazione impressa alla circolazione capillare della ghiandola. Questa circolazione si accelera notevolmente quando il sangue venoso passa al rosso; essa si rallenta in modo da essere quattro volte meno rapida allorquando il sangue ridiventa nero.

Ora questo acceleramento e questo rallentamento della circolazione capillare sono sotto la dipendenza immediata della azione nervosa. L'anatomia, le vivisezioni hanno dimostrato che la tonaca

muscolare dei vasi capillari riceve filamenti nervosi da due sorgenti, dal sistema cerebro-spinale e dal sistema del gran simpatico. I primi presiedono alla dilatazione od al rilasciamento, gli altri alla contrazione od al ristringimento dei vasi capillari. Quando predomina l'azione dei primi, la circolazione capillare diventa più rapida e il sangue passa nelle vene senza avere subite le modificazioni che gli sono impresse dai tessuti e parenchimi nell'atto della nutrizione; esso conserva sino ad un certo punto la propria composizione e quindi il colore di sangue arterioso.

Quando all'incontro prevale la influenza nervosa del gran simpatico, i vasi capillari sono ristretti, la circolazione si rallenta e pone il sangue nelle condizioni più favorevoli perchè possa subire le modificazioni che lo trasformano in sangue venoso, in sangue nero.

Così l'azione nervosa è la causa prima della differenza di coloramento che presenta il sangue venoso negli organi allo stato di riposo o di attività, ma la causa immediata del fenomeno è la modificazione impressa dal sistema nervoso alla circolazione capillare. Donde risulta, conchiude il sig. *Bernard*, che la ghiandola sotto-mascellare, al pari delle altre ghiandole, e probabilmente tutti gli organi della economia, posseggono una circolazione capillare indipendente dalla circolazione generale. (*Le Progrès*, *N.*° 33 *del* 1858).

Applicazione di vescicanti sul collo uterino, per la cura di affezioni dell'utero; *del dott.* Roberto Johns. — La tenacità delle affezioni uterine è un fatto sì comune, dice l'A., che accade frequentemente al medico ed alla ammalata di stancarsi entrambi e di intralasciare ogni cura. A questo proposito così si esprime il *Bennett*: « Generalmente i dolori uterini scompajono quando la malattia del collo è guarita; pure sonvi dei casi nei quali persistono molto tempo dopo. La loro intensità varia senza causa apprezzabile. L'applicazione di larghi vescicanti produce in allora i più felici risultati ».

Il mezzo che consiglia il sig. *Johns* non è una panacea. Ei lo riserva pei casi di dolori ostinati, e spera che l'applicazione, così limitata, permetterà ai suoi colleghi di felicitarsene, quanto a sè medesimo. In otto mesi, egli ha raccolte delle note sopra

250 casi di affezioni uterine, trattate la maggior parte con tal metodo; ma per evitare fastidiose ripetizioni, non riporta che 20 osservazioni tipo. Al modo istesso col quale le sanguisughe direttamente applicate sul collo dell'utero spiegano una grande efficacia per dissipare i sintomi infiammatorii, così i vescicanti interni dovevano riescire più potenti di quelli che si praticano all'esterno. I fatti hanno giustificato le sue presunzioni.

Il collo dell'utero è messo allo scoperto col mezzo di uno speculum ; il sig. *Johns* preferisce quello di *Ferguson*. Si asciugano accuratamente le mucosità, quindi si spalma il collo con un pennello di peli di cammello intriso in una soluzione di cantaridi coll'etere solforico, mista con una soluzione di gutta-percha nel cloroformio. Si passa il pennello due o tre volte, secondo l'effetto prodotto o le sensazioni della paziente. Alcuni giorni appresso, si praticano injezioni d'acqua fredda, e tocchi con uaa soluzione di nitrato d'argento. Si produce un pò di calore, il dolore è insignificante. Non havvi mai stranguria. Al sesto giorno si può ricominciare.

Sin dal 1856 il sig. *Aran* avea praticata la vescicazione del collo uterino, servendosi a quest'uopo della carta di *Albespeyres* (V. Annali univ. di med., vol CLXI del 1857); ma le sue osservazioni sono poco concludenti, al dire del sig. *Johns*. — Ecco, secondo il chirurgo inglese, le ragioni che danno la preferenza al suo metodo sovra quello di *Aran*:

A. È più semplice e più rapido.

B. L'ammalata può andarsene immediatamente.

C. La sensazione di scottatura non si prolunga al di là di un minuto.

D. La secrezione di sierosità incomincia dopo mezz'ora.

E. Le injezioni calmanti non sono mai state necessarie.

F. Non avvi a temere la febbre e la flebite, che possono venir suscitate dalla presenza dei corpi stranieri adoperati da *Aran*.

Se ne possono trarre le conclusioni seguenti:

1.° Le affezioni idiopatiche leggiere dell'utero e degli ovarii possono esser guarite da vescicanti applicati sul collo.

2.° I dolori simpatici che persistono dopo la guarigione delle malattie dell'ovario e dell'utero si guariscono ancor più sicuramente.

3.° Le ulcerazioni del collo si cicatrizzano assai rapidamente.

4.° I fenomeni della vescicazione del collo sono eguali a quelli delle altre parti del corpo.

5.° L'operazione è semplice ed innocente.

6.° Il vescicante è impotente a guarire da solo l'ingorgo dell'utero, ma è un potente ausiliario.

7.° Il mezzo più spedito di produrre una vescicazione sul collo si è d'impiegare una soluzione concentrata di cantaridi.

8.° L'aggiunta del cloroformio è indispensabile, se vogliônsi evitare i dolori. (*The Dublin Quarterly Journal*, e *Gaz. méd. de Paris, N.° 42 del* 1858).

Sull' utilità della ventilazione delle piaghe e delle ulceri; *del prof.* Bouisson. — L'A. espone così le conclusioni di una sua Memoria presentata all'Accad. fr. di med. il 4 ottobre 1858:

La ventilazione delle piaghe e delle ulceri è utile in un grandissimo numero di casi, come mezzo curativo.

Essa produce la guarigione disseccando le superficie ignude e ricoprendole di una crosta formata dal residuo dei liquidi evaporati.

Questa crosta ha per effetto di isolare la piaga dal contatto dell' aria e dei corpi esterni, di favorire un modo di cicatrizzazione più semplice e più regolare di quello delle piaghe esposte, la di cui medicazione può distruggere la cicatrice in via d'organizzazione.

La cicatrizzazione sotto-crostacea è per le piaghe aperte ciò che la cicatrizzazione sotto-cutanea è per le piaghe chiuse.

Le piaghe e le ulcere ventilate si cicatrizzano più prontamente e con minori accidenti primitivi o consecutivi che le piaghe sottomesse alle medicazioni con corpi grassi o con altri topici medicamentosi.

La ventilazione sviluppa effetti che si traducono colla refrigerazione locale, l'azione astringente ed antiflogistica, il disseccamento della piaga, il suo isolamento o l'occlusione, e la preservazione dall'azione settica del pus.

Essa si esercita semplicemente mediante un soffietto ordinario o col mezzo di ventilatori speciali.

Questo metodo terapeutico è applicabile alla cura delle piaghe non riunite, recenti od antiche, d'una estensione piccola o media. Si può applicarlo eziandio alla cura delle ulcere semplici, delle scottature, ecc. La sua azione può essere ausiliaria di un trattamento generale, essere preceduta da questo o combinarsi con altre precauzioni.

Essa offre parecchi vantaggi indiretti, specialmente il risparmio della filaccia e delle bende.

Storia di corea elettrica; *osservata dal dott.* Carlo Ferro *in Remanzacco, Prov. del Friuli.* (*Estratto*). — Fino ad ora sembrava che questa terribile malattia fosse privilegio esclusivo dell'agro milanese e del pavese; e i fatti che inspirarono le interessanti ed accurate osservazioni del *Dubini*, del *Frua*, dello *Scottini*, del *Clerici*, del *Pignacca*, del *Griffini*, non varcano il giro di queste due provincie. — Oggi il dott. *Carlo Ferro* ne traccia a caratteri ineccepibili la storia di un caso di corea elettrica da lui osservata, e seguita, e constatata fino alla bara anatomica, in un abitante del Friuli. — Decombeva esso addì 25 agosto, afflitto apparentemente da emormesi cerebrale con note gastriche; questa sindrome pareva quasi per intero attutita in capo a cinque giorni, sotto due sanguigne e la propinazione di alcuni rimedii interni.

Quando, al 1.° settembre, l'infermo interrogato « risponde di » star bene; il polso di 80 battute, la giacitura è supina, il ventre retratto, la pelle secca, calore poco sopra il normale. Si osserva all'arto superiore sinistro un moto convulsivo molto somigliante, anzi identico, alla scossa prodotta da una scarica elettrica; ad uno di questi moti convulsivi succede l'altro con tale ritmo e frequenza da potersene contare ben 40 in un minuto. Di più, coloro che assistevano l'ammalato raccontarono che l'individuo veniva soprafatto varie volte nella giornata da accessi di convulsioni cloniche, generali e violente a tale da far traballare tutto il letto, accompagnati essi accessi da perdita di coscienza ».

Il giorno appresso « il polso dà 80 battute per minuto, sete non costante, lingua secca, sudore copiosissimo; si osserva un certo grado di sonnolenza o meglio di stupidità con diminu-

» zione della facoltà uditiva; però interrogato ripetutamente l'am-
» malato risponde a dovere, asserendo sempre di star bene; il de-
» lirio va comparendo ad intervalli e non è furioso, le scosse rit-
» miche dell' arto superiore sinistro si sono propagate anche al
» destro, e nel sinistro primitivamente affetto si osserva indebolita
» la forza muscolare .... Gli accessi di contrazioni toniche sus-
» seguite da convulsioni cloniche al tronco ed agli arti con per-
» dita della coscienza sono pressochè gli stessi del giorno ante-
» cedente .... »; la malattia di cui l'A. non ci dettaglia l'ultimo stadio, spegneva il paziente nel giorno 6 settembre. — Per noi, e per chiunque ebbe occasione di affrontare più d'una volta questo fiero morbo, la malattia descritta dal dott. *Ferro* è ben quella ch'egli ha diagnosticata. Ma non meravigliamo che i colleghi che ebbe per compagni nella cura opinassero diversamente; dacchè, fra le tante ambagi in cui s' avvolge la medicina pratica, rifugge facilmente lo spirito dall'accettare il carico di nuovi problemi, se questi, per qualche analogia, posson trovar posto fra le regioni già esplorate dalla scienza. Ci è caro però che il dott. *Ferro*, e per l'attenta osservazione, e per l'esperienza attinta alla clinica pavese, e per le cognizioni onde potè avvalorarlo il libro del suo compianto maestro, l' illustre *Pignacca*, abbia saputo cogliere e mantenersi nel vero.

La manifestazione di un solo caso di corea ritmica (per chiamarla con nome più appropriato, come già ne porse esempio il Redattore di questi Annali), in paese diverso da quelli ov' essa è endemica, non basta per sè ad imprimere un novello indirizzo alle ricerche eziologiche sul morbo; — basta però a richiamare più viva su questa malattia l'attenzione dei medici di tutti i paesi; essendo troppo noto come spesso una osservazione incompleta sottragga o differisca la verificazione di fenomeni e di verità importanti. (*Gazz. med. It.*, *Prov. Venete*, 23 *ottobre* 1858).

C. T.

Della paralisi delle estremità inferiori nei bambini; *del dott.* Heine. — Di tal forma morbosa in questi ultimi tempi più esattamente osservata, il dott. *Heine* dà la seguente descrizione. — Bambini dell' età da sei a trentasei mesi, sani, nati ben conformati, cadono malati, con o senza precedenza

di malessere, offrendo febbre, gran calore, pianto, e talora i sintomi di un decorso disturbato di esantemi acuti. Bentosto subentrano delle convulsioni, dapprima leggieri, quindi più forti, ad intervalli più o meno brevi, e non è raro che queste scompajano repentinamente con ischiuma alla bocca ed al naso. Di frequente la paralisi insorge istantaneamente senza prodromi. Dopo un decorso più o men lungo di malattia, manifestasi una remissione dei sintomi, ma con questa anche paralisi d'una o d'ambo le estremità inferiori, associata ben di spesso ad una debolezza paralitica ma passaggiera di tutto il tronco. I muscoli che dal bacino scendono alla coscia conservano quasi integra la motilità, che va quasi del tutto perdendosi più in basso. Subito dopo il primo accesso diminuisce la temperatura delle estremità malate, talora fino al disotto di 14° R. Nel mentre che col crescere degli anni le estremità paralitiche s'allungano regolarmente, aumenta sempre la loro atrofia, ed a seconda che i bambini si dimenano intorno più o meno colle mani e coi piedi, formansi in essi delle deformità per le quali è talora necessaria in un individuo solo l'applicazione di varii apparecchi ortopedici. (*Allg. Med. Central-zeitung*, 1857.)

Grosso calcolo epatico fattosi strada attraverso le pareti addominali, con esito di guarigione; *del dott.* Mackinder. — Il dott. *Mackinder* curò una donna per epatite acuta dall'agosto all'ottobre 1856. Nel febbrajo del 1857 insorsero nuovamente sintomi d'epatite acuta, ed al margine inferiore del fegato sentivasi un tumore che dippoi s'abbassò fin quasi alla regione iliaca. Quivi infiammaronsi gl'integumenti addominali, e ben presto manifestossi fluttuazione per lo spazio di tre pollici; alli 3 marzo s'aprì l'ascesso ed uscì del pus in quantità di tre oncie. Verso la fine d'aprile un pollice al di sopra dell'apertura dell'ascesso sentivasi una sostanza dura della grandezza e forma d'un uovo di gallina; ma gli integumenti all'ingiro per quattro pollici erano duri, rossi e così sensibili che impossibile riesciva un esatto esame. Si fece uso di cataplasmi, di tonici e di dieta ristorante, atteso lo stato di debolezza della malata. Al principio di maggio, mentre questa stava presso il proprio letto, la detta sostanza dura cadde a terra, essendosi fatto strada attra-

verso le pareti addominali fino alla regione iliaca destra. Dessa non era altro che un calcolo biliare della forma d'un uovo, assai duro, del peso di dramme sei, lungo due pollici, largo uno e mezzo; rotto nel mezzo, presentava al centro un bell'aspetto cristallino di cholesterina quasi pura, circondata da uno strato di pigmento, quindi di fosfato e carbonato di calce. La paziente trovossi nel tempo consecutivo in ottimo stato di salute. (*Brit. med. Journ.*)

Morte istantanea in seguito ad un ascesso del fegato; *del dott.* Taylor Chadwich. — L'individuo che ne venne colpito era un giovane di 17 anni, rimasto sempre sano fino a tal'epoca di malattia. Questa durò una sola giornata e fu caratterizzata dai seguenti sintomi: dolori vivi, estesi a tutto l'addome, fisionomia esprimente massima ambascia, respiro greve e difficile, piccolezza dei polsi, pelle secca e moderatamente calda; lingua umida, un pò impaniata, addome teso, capo libero; nessuna emissione d'orine già da 22 ore, anche colla siringazione. Vomiturizioni con poco vomito. — All'autopsia: addome teso, sortita di gran quantità di gas al taglio delle pareti addominali: effusione sierosa al peritoneo: nel bacino allo siero eravi frammisto del pus. Normali gli organi addominali ad eccezione del fegato, dal cui margine anteriore, ove havvi l'attacco del legamento sospensorio, fino nella sostanza del lobo destro eravi una grande cavità da cui era uscito il pus che riscontrossi nell'addome, e da cui colla compressione sortiva altro pus. Vescica vuota. L'Autore trova di rimarchevole in questo caso la formazione di un ascesso senza alterazione nel modo di sentirsi in generale, non che la soppressione della funzione dei reni. (*Ibid.*)

Cloroformio nel delirium tremens; *del dottor* Graves. — Il dott. *Graves* narra il caso d'un cantiniere di 43 anni che fu per 16 giorni curato per delirium tremens dal dottor *Davies*. Frustraneo essendo tornato l'uso dell'oppio innanzi che l'ammalato fosse ricoverato nell'ospitale, poco dopo l'accettazione in esso fu assoggettato a quattro cloroformizzazioni: dalla prima si ebbe un sonno di alcuni minuti, dalla seconda e terza di un'ora, dalla quarta di due ore, calma permanente e perfetto ristabili-

mento delle facoltà mentali. La cura consecutiva fu nutriente e stimolante. (*Ibid.*)

Suffumigi di calomelano nella sifilide. — Nel Lock-Hospital in Londra fecersi già 34 esperienze con felice risultato. Il processo consiste in ciò, che si fa volatilizzare da 10 a 15 grani di calomelano in modo, che desso ridotto allo stato di finissima polvere, depositasi sulla pelle, dalla quale non deve venir sfregato: il paziente deve portare sempre la stessa camicia di cui è coperto durante il suffumigio. Questo deve durare 15 minuti. L'azione manifestasi per lo più nella prima settimana di cura con tumefazione delle gengive; circostanza però questa che non deve essere considerata essenziale per l'esito di guarigione, dacchè i sintomi bentosto scompajono, anche nel caso che non siasi manifestata alterazione alcuna alle gengive. — I vantaggi di tal metodo di cura possono riassumersi: 1.° Il rimedio viene impiegato *immediatamente* su quella parte, che è più di frequente affetta da malattia, cioè la pelle e la mucosa. 2.° I suffumigi col calomelano non attaccano le vie digerenti, non disturbano perciò la nutrizione, e non indeboliscono il malato, il che verrebbe ancor maggiormente provato da ciò che il paziente durante una tal cura cresce di peso. 3.° Ben di rado in tal modo insorge diarrea od eccessiva salivazione. — Questo metodo trova speciale indicazione ne' casi di sifilide terziaria, nella rupia, nelle ulcerazioni della cute e delle mucose, contro le quali infruttuoso sia riuscito l'uso del mercurio in altra forma. (*Ibid.*)

Miscela di collodion ed olio di castoreo nelle gravi scottature; *del dott.* Swain. — Primo pregio di tal miscela è di coprire perfettamente la piaga, togliendola al contatto dell'aria, non che all'occhio del chirurgo. Non è rimedio sucido, possiede anzi un odore aggradevole che vale a neutralizzare il fetore emanato dalle piaghe da scottatura. Pare inoltre dotato di un'azione calmante. Nei molti casi, nei quali venne dal dott. *Swain* esperito, l'escara formatasi fu sempre più superficiale che non avvenga dietro le ordinarie medicazioni. (*Ibid.*)

Uso del collodion nelle mastiti; *del dott.* Breuning

di Vienna. (*Estratto*). — Dopo aver fatto cenno delle proprietà fisiche del collodion, del modo di sua applicazione, degli effetti che immediati da questa si ottengono, vale a dire senso di freddo e corrugamento alle parti sulle quali è spalmato, e che si rendono impermeabili all'aria, — e detto dell'uso del medesimo anche sopra superfici esulcerate, non che in combinazione ad altri medicamenti, solventi, calmanti, antispasmodici, revellenti, — il dott. *Breuning* viene a parlare della di lui applicazione nelle mastiti, anche se già suppurate, del che a suo credere nessun autore fece finora menzione. (1).

Straordinariamente potente, secondo l'Autore, è l'azione del collodion nelle mastiti, qualora se ne facciano susseguire a brevi intervalli varie spalmature a densi strati, e per essa si ottengono pronte guarigioni. A comprova di ciò egli riferisce due casi, che per amor di verità riproduciamo quasi per intero.

1.° Una signora di 29 anni, bionda e delicata, che già cinque volte aveva figliato, e che sul finire della gravidanza sentivasi alquanto irritato il capezzolo della mammella destra, al terzo giorno di puerperio provava in questa vivissimo dolore sì che non poteva più giacere sul lato destro: si constatò lo stato flogistico del capezzolo e della circumambiente glandula mammaria: la malata rifiutossi di oltre porger latte al bambino da questa mammella. Infruttuoso fu l'uso d'un eccoprotico e de' cataplasmi emollienti; già al successivo giorno manifestavasi incipiente suppurazione al capezzolo. — Il dott. *Breuning*, mosso dai felici risultati ottenuti da lui in altri simili casi dall'applicazione del collodion, eseguì su tutta la mammella delle spalmature mediante pennello con densi strati di esso, e rinnovolle ogni tre ore. Non lusingavasi egli di poter raffrenare la suppurazione, che già aveva incominciato: questa però al terzo giorno di cura non diede più segno d'esistere, ed in ottava giornata era scomparso anche ogni sintomo flogistico.

2.° Il secondo caso risguarda una primipara sgravatasi di un

---

(1) Or son già due anni ebbi l'opportunità di vedere l'applicazione del collodion in una mastite lattea, eseguita dal nostro distinto ostetrico dott. *Bignami*, il quale assicuravami averla già prima più volte esperita con felici risultati. *R.*

feto morto, presa da mastite doppia. Il dottor *Breuning* la visitò per la prima volta in terza giornata di malattia, dopo che dessa ebbe fatto uso di purgativi ed emollienti locali: manifesto era il processo suppurativo alla mammella sinistra, dubbio alla destra. D'accordo col medico curante, egli applicò a queste il collodion. Già dopo la seconda spalmatura scemò il calore e la tensione, la malata sentissi di molto sollevata. Nei tre successivi giorni non notossi cambiamento alcuno, finchè alla mammella sinistra il pus si fece strada all'esterno, attraversando anche gli strati di collodion, in quantità di sei oncie: lo scolo di esso ne' susseguenti giorni si fè sempre minore. Nell'egual modo erasi formata ed evacuata la suppurazione alla mammella destra, ma in minor copia e più prontamente, nel decorso cioè di cinque giornate. Si rinnovò qualche rara spalmatura per altri otto giorni fino a che fuvvi il minimo indizio di processo flogistico, nel qual tempo però era del tutto cessata la suppurazione. E così, in un lasso di tempo molto minore di quello che ordinariamente è richiesto nelle guarigioni delle mastiti curate coi soliti metodi, con sofferimenti di gran lunga più lievi e senza postumi di cicatrici alle mammelle, la malata trovossi guarita.

In appoggio a questi fatti il dott. *Breuning* raccomanda l'applicazione del collodion nelle mastiti, vantando in esse la preferenza sull'incomodo uso de' cataplasmi non solo, ma eziandio l'efficacia nel limitare il processo suppurativo: e chiude la Memoria accennando ai felici risultati ottenuti anche nelle orchiti, risultati che vennero pure osservati nel nostro Ospedale Maggiore di Milano, e prodotti in questi Annali, dai dottori *Cavaleri* e *Lossetti*. (1). (*Oest. Zft. für pract. Heilkunde. N.* 12 *del* 1858). *R.*

Delle injezioni nella gonorrea; *del prof.* Sigmund, *di Vienna.* (*Estratto*). — Fra tanta discrepanza di opinioni sul valore delle injezioni nelle gonorree, il prof. *Sigmund* espone i risultati delle proprie numerose osservazioni istituite nell'ospitale generale di Vienna.

---

(1) Ann. Univ. di med., vol. 157, anno 1856, e vol. 159, anno 1857.

Egli esclude dalla propria pratica le injezioni a dose alta e caustiche di nitrato d'argento, di potassa, di sublimato, di solfato di rame, di cloruro di zinco, ecc. Alla fine di questo articolo il prof. *Sigmund* fa cenno di qualche caso eccezionale, nel quale vennero usate le injezioni di nitrato d'argento, alla dose di 10, 20, 30 gr. per un'oncia d'acqua. Egli esperimentò le injezioni col balsamo di copaive e col cloroformio, ma le rigettò come di cattiva pratica.

A quelle dell'orina fresca dei malati col simultaneo uso interno del balsamo di copaive, non accorda alcun merito, facendo anche astrazione dalla avversione ad esse dei malati e dalla schifosità del processo, dacchè non hanno un'azione maggiore di quella delle injezioni semplici. Fra i mezzi astringenti da lui adoperati annovera i seguenti: il solfato di zinco, l'acetato di zinco, l'acetato basico di piombo, l'allume crudo, il solfato di ferro e quello di rame, il protojoduro di ferro recente, il nitrato d'argento, il tannino puro, la pietra divina, il sublimato, la potassa caustica, l'estratto d'oppio, la soluzione d'ioduro potassico e di iodio puro. Fra essi i più adoperati furono il solfato di zinco, l'acetato di zinco e di piombo, l'allume crudo ed il tannino: degli altri non fece uso che alcuna volta per amore di varietà e per ispecialità individuali. Fra tutti diede la preferenza al solfato di zinco, perchè da anni si ottenne con esso gran numero di guarigioni, perchè d'azione mite, perchè non isporca le lingerie, non altera il colore dell'orina ed è di tenue prezzo.

Ciò premesso, l'Autore passa ad indicare le condizioni per le quali soltanto tornano utili le injezioni nelle gonorree. Desse devono essere fatte a tempo debito, a dose debita, in modo debito e per debita durata di tempo. *Il tempo debito per le injezioni* incomincia allorchè sono diminuiti i sintomi flogistici della mucosa uretrale: esse non devono venir tratte in uso finchè v'ha gonfiezza e dolore anche lieve, o crampo e frequente bisogno di mingere; tali sintomi vengono per lo più offerti, e più a lungo, dagli individui giovani e per la prima volta côlti da gonorrea, scrofolosi e di cute tenera: a toglierli basta un appropriato metodo antiflogistico. Gli individui che già altre volte ebbero gonorrea, per lo più non offrono i suddetti sintomi e solo presentano una ipersecrezione della mucosa, o più o meno frequente bisogno

d'emettere le orine, con consecutiva sensazione più o meno dolorosa: in questi si può tosto ricorrere alle injezioni.

La dose del rimedio in genere debb'esser tenue assai; è sufficiente un grano del maggior numero dei sovraccennati in un'oncia d'acqua distillata (*acetato di piombo* 5 *gr.; protojoduro di ferro* 1/4 *di gr.; joduro potassico gr.* j *con* 1/4 *di gr. di jodio puro; nitrato d'argento* 1/4 *di gr.; tutti gli altri ad* j *gr.).* Di rado s'ascende al doppio, ottenendosi lo scopo desiderato anche colla dose tenue. In ogni modo questa la si aumenta gradatamente. L'Autore confessa il proprio errore nell'avere usato negli scorsi anni di dosi maggiori, e non concede una positiva azione anodina all'unione dell'oppio e suoi preparati, dell'iosciamo, dell'acqua di lauro ceraso in dette injezioni.

Il prof. *Sigmund* viene quindi ad indicare la grandezza e forma degli schizzetti, siano di stagno o di vetro, ad insegnare come i malati debbano usarli, come atteggiarsi, cose invero importanti in pratica, ma forse abbastanza note ad ogni medico, per esser qui ripetute; ne basti ricordare il di lui precetto di non fare injezioni avanti l'andare a letto, perchè facilmente ne vengono polluzioni dannose alla guarigione delle blennorree.

In quanto alla durata delle injezioni, l'Autore avverte che non bisogna sospenderle tosto che sia cessata l'abnorme secrezione uretrale, ma continuarle per altri otto o dieci giorni; in caso opposto è facilissima la recidiva.

Una gonorrea semplice, in individuo d'altronde sano e che non commetta errori dietetici, cede dietro l'uso di tali injezioni, nello spazio di 14 a 21 giorni. Allorchè v'ha complicazione d'infiammazione degli epididimi, del collo della vescica, occorre rimoverle tosto, per poter quindi ricorrere alle injezioni. I reali stringimenti uretrali, l'infiltramento della mucosa e del sottoposto tessuto cellulare, l'eccessivo distacco dell'epitelio, accidenti non rari nella gonorrea cronica, non debbonsi registrare alla categoria della gonorrea semplice; nella cura di essi alle injezioni è necessario combinare anche l'uso d'altri metodi appropriati ad ogni singolo caso.

L'uso delle injezioni non controindica quello dei rimedii interni, anzi il simultaneo uso dei balsamici accelera la guarigione; di questi però, dice il prof. *Sigmund*, avere ben poca tolleranza

le costituzioni fisiche germaniche; e doversene proscrivere l'uso nei grandi stabilimenti a motivo del costo, e perchè non sempre tornano vantaggiosi.

L'Autore dice poi d'aver di rado praticate le *injezioni caustiche*, essendo desse in genere un esperimento pericoloso, che facilmente induce vive infiammazioni ed emorragie della mucosa uretrale, iscurie, cistite, orchite e bubboni inguinali. Le dichiara indicate soltanto nelle blennorree croniche, senza complicazioni, ribelli ad altro trattamento, non che nelle blennorragie acute semplici, non complicate, in individui che già altre volte riportarono da esse vantaggio.

Avverte che anche in tali casi debbasi avere somma prudenza, per non incorrere in mali maggiori di vescica e di reni, in stringimenti uretrali, ascessi, fistole; mali che al certo si evitano usando delle injezioni caustiche diluite; per cui il prof. *Sigmund*, dietro l'esperienza di migliaja di malati da lui guariti, non esita a dichiararsi fautore delle injezioni, vantando un tal metodo per pronto, sicuro e semplice. Che se da esso alcuni medici non hanno ottenuto un esito favorevole, ne fu colpa il più delle volte una poco adatta applicazione. A coloro che dall'uso delle injezioni temono una metastasi interna della materia morbosa, il prof. *Sigmund* raccomanda che meglio s'approfondino nello studio delle funzioni degli organi, del carattere delle malattie e dell'azione dei medicamenti. (*Ibid.*, *N.*° 8 *del* 1858). *R.*

Dell'azione della canfora nel modificare e sospendere il vajuolo; *del dott.* Neuhold. (*Estratto*). — Dopo alcune premesse generali sulla questione attualmente tanto agitata del maggiore o minor valore della vaccinazione, e sullo scopo della breve sua memoria, tendente a dimostrare l'efficacia della canfora nel minorare la gravezza del vajuolo, e nell'opporsi alla di lui diffusione epidemica, il dott. *Neuhold* riferisce d'esserne venuto in cognizione per un caso fortuito. Durante l'epidemia vajuolosa, che nel 1839 dominò in Oedenburg, egli tenne presso di sè dodici cannette di pus vaccino, ed altre dodici le mise nella valigia, in cui eravi pur anco della canfora. Identico era il pus delle ventiquattro cannette, ma dalla vaccinazione colle prime dodici si ebbe

la comparsa delle vere pustole vacciniche, da quelle colle seconde l'esito fu infelice, sì che la si dovette rinnovare con altro pus, ottenendosi con questo un favorevole risultato. Il dott. *Neuhold* venne in sospetto che il pus delle seconde dodici cannette dovesse aver subìto l'influenza di un agente, e che questo poteva probabilmente essere la canfora, per la di lei divisibilità, e la facoltà di penetrare nei corpi porosi ed aderirvi, per cui poteva aver indotta un'alterazione nel pus vaccino. Deliberò quindi di studiare la questione con esperimenti, al che porse opportuna occasione la dominante epidemia. Sulle pustole vacciniche, non che su quelle del vajuolo in istadio di sviluppo, egli sovrappose dei pannolini di lana inzuppati di canfora: si interruppe il decorso delle pustole che non acquistarono un perfetto sviluppo. Somministrando egli per uso interno la canfora a dose refratta, osservò che minore era la febbre, più breve la malattia, più pronta la convalescenza.

Il dott. *Neuhold* assicura d'aver ottenuto così dei risultati sorprendenti di cura, non avendo avuto che un morto su quaranta vajuolosi: e d'aver soffocato il contagio, ventilando le camere dei malati, impregnando di canfora gli abiti e tutti gli utensili anche delle case non infette, e tranquillizzando gli animi colla persuasione che colla canfora il vajuolo perde gravezza.

Il dott. *Neuhold* impiegò con pari utilità la canfora, sia esternamente che internamente, contro il vajuolo anche negli anni successivi, tanto negli ospitali militari che nella pratica privata, e già prima d'ora inoltrò in proposito rapporti ufficiali alle superiorità. Egli dice d'averla pure impiegata nello stadio dei prodromi (cui egli caraterizza) di vajuolo, esibendola ad uno, due, tre grani in un' emulsione comune, a norma dal caso, e continuandone l'uso finchè la febbre manifestamente diminuivasi, e l'eruzione vajuolosa sopprimevasi. Qualora questa fosse già avvenuta, eseguiva delle aspersioni su tutto il corpo con acqua contenente spirito di vino canforato.

L'Autore conchiude raccomandando l'uso della canfora nel vajuolo, la cui gravezza e diffusione si fanno per essa minori, e tanto più vive sono le sue raccomandazioni in quanto che, ad onta della vaccinazione della quale però non pone in dubbio i meriti, le epidemie vajuolose non cessano dal mietere vittime. (*Ibid.* N.° 9 *del* 1858). *R.*

Inalazione dei vapori di sale ammoniaco contro il catarro cronico degli organi respiratorii; *del dott.* Gieseler. — Il dott. *Gieseler*, partendo dal principio che le malattie degli organi polmonali richieggono avanti tutto una cura locale, eseguì molteplici esperimenti coi vapori di sale ammoniaco, che faceva svolgere riscaldando sovra una fiamma di spirito di vino il sale ammoniaco secco (da una a tre dramme). I vapori che si svolgono, quasi invisibili, vengono inspirati dai pazienti colla bocca e colle cavità nasali, per una a tre ore, a norma delle circostanze. La camera deve essere calda e non contenere oggetti metallici. Se il sale ammoniaco non è secco, sviluppasi anche dell' acido muriatico, il quale agisce stimolando le vie aeree. Nelle prime sedute durante l'inalazione insorgono leggieri accessi di tosse, nelle consecutive non si prova che un senso di calore alle vie aeree: il più delle volte il polso non s'abbassa di molto, e l'alvo si fa pigro: la perspirazione cutanea aumenta sempre. Di frequente ne viene spossatezza e sonnolenza. L' inspirazione dei vapori ammoniacali affievolisce in breve tempo gli accessi di tosse, diminuisce l' escreato dei bronchi e delle altre mucose, consolida la mucosa, e favorisce la distruzione dei neoplasmi della stessa, p. es. del panno. Dessa è pure indicata nelle broncorree croniche, nella tisi polmonale con sputi densi, puriformi e tinti di sangue, nella tubercolósi polmonale incipiente, nell'ottalmia scrofolosa, nel panno tenue, nella dacrio-cisto-blennorrea. Negli individui molto eccitabili devesi usare la precauzione di bendar loro gli occhi sul principio, facendoli inspirare i vapori dalle narici a bocca chiusa. L'Autore propone tali inalazioni anche nel catarro di vescica cronico ed acuto, e consiglia che vengano esperimentate eziandio nella albuminuria. (*Reil Journal für Pharmacodynamik.* 1857, *ed Oest. Zft. f. pract. Heilk., N.º* 9 *del* 1858).

R.

Della possibilità dell' avvelenamento arsenicale per mezzo dei zigari; *di* Bunsen *e* Reisig. — Dietro un caso occorso in Genova (1) il prof. *Bunsen* di Heidel-

---

(1) V. Sopra questo argomento la interessante Memoria dei

berg stese un rapporto ben motivato ed appoggiato a molteplici esperimenti chimici del dott. *Reisig*. Secondo questi la quantità d'acido arsenioso che da uno zigaro da esso imbevuto può pervenire alla cavità boccale, non arriva a 1,66 gr. e la quantità che da uno zigaro ripieno di detto veleno in forma solida, può giungere in bocca coi vapori aspirati, è di 0,13 gr. Egli è perciò possibile che taluno fumando anche un solo zigaro, sia questo imbevuto di soluzione arsenicale o ripieno d'acido arsenicoso solido, possa rimanerne mortalmente avvelenato.

Se con carboni ardenti si fa volatilizzare dell'acido arsenicoso, sviluppasi un odore agliaceo assai nauseante, intenso al punto che può essere considerato qual uno dei più sensibili mezzi di reazione per iscoprire le minime traccie d'arsenico: e così pure nel fumare un tal zigaro arsenicale provasi in bocca un sapore tanto stomachevole, che dopo due aspirazioni si è costretti a gittar via lo zigaro. Ma per poter inalare le suindicate quantità (1,66 e 0,13 gr.) d'acido arsenicoso, devonsi eseguire non meno di 200 inspirazioni: il qual numero di inspirazioni, sufficienti a produrre avvelenamenti, non è credibile possan esser fatte da una persona sana di mente, sia per diletto, o vogliasi per riguardi di delicatezza verso altri. Ma nel fumare un tal zigaro vengono trasportati nell'aria atmosferica 0,86 gr. e rispettivi gr. 2,85 sotto forma di vapore, per ciò in una camera piccola e chiusa l'aria può divenire letale. Ma anche qui vale quanto già di sopra fu detto, che cioè non è a supporsi che una persona sana di mente, sia per piacere, sia per riguardi d'etichetta, abbia a seguitare a fumare un tal zigaro fino al punto da restare avvelenata dagli odorosi e fetidi vapori dispersi nell'aria della stanza. Finalmente in appoggio a replicati esperimenti non si può ritenere che nel fumare l'acido arsenicoso introdotto nell'estremità d'uno zigaro, sia in soluzione, sia in forma solida, possa sciogliersi nella scialiva della bocca in quantità sufficiente a produrre la morte, senza che il fumatore non s'accorga in tempo del cambiamento del sapore ed odore dello zigaro, sapore ed odore sì nauseosi da distogliere qualsiasi

---

signori *Multedo*, *Ageno* e *Granara*. — Ann. Univ. di med., vol. 158, anno 1856.

voglia di fumare. (*Casper Vierteljahrschrift.* XI, *Bd.*, 1 *Heft.*, *ed Oest. Zft. f. pract. Heilk.*, *N.*° 15 *del* 1858).

Cura della galatorrea; *del dott.* Besch. — A vincere la galatorrea il dott. *Besch* raccomanda *avanti il parto* un regime antiflogistico, il muoversi all' aperto, ripetuti eccoprotici, qualche salasso nell'eccitamento arterioso, l'applicazione sulla metà superiore delle mammelle della tintura di jodio ogni 12 o 24 ore. — *Dopo il parto*, fomenti freddi d' acqua ed aceto alle mammelle; se v' ha repentina soppressione dei lochi ed eccitamento vasale, salassi; purganti, semicupii tiepidi, pediluvii irritanti, fomenti all' addome, sanapismi alle regioni lombale e sacrale. Allorchè la malata s'alza da letto, deve coprirsi leggermente le mammelle, far moto all'aria libera e prendere mattina e sera una delle seguenti pillole:

R. *Pulv. scyll. marinæ* . . . gr. vj
Antimon. Tartaris . . . » ij
Sgrup. q. s. ut f. pillulæ . . xxjv

Nei casi ostinati il dott. *Besch* vanta l' *acido gallico* e gli *acidi minerali*, il *chinino*, la *tintura di ferr. muriat.* ed il *liquor. potass. arsenic.* diluito nell'acqua e nel siroppo. Nell' esaltata irritabilità dello stomaco oltre all' *infus. frigid. Gentianæ* consiglia delle pillole di *Nitrat. Argent.* ed *Extract conii*: nelle acidità del ventricolo la formola di *Heberden* di *Testæ ostr.* e *radic. Gentian.* Per medicazione locale *la tintura d'jodio con canfora*, una soluzione di nitro nell' aceto diluito, compresse imbevute di rhum ed il coprire le mammelle con un empiastro canforato. Solo allorchè il bambino è del tutto tolto dall'allattamento, è a consigliarsi l'uso della *belladonna* o delle *foglie di stramonio*. (*Peninsul. Journ. ed Oest. Zft. f. pract. Heilk.*, *N.*° 15 *del* 1858).

Dell'acne atrofica; *del dott.* Chausit. (*Estratto*). — La varietà dell' acne detta *atrofica* dal dott. *Chausit* dalla conseguente distruzione dei follicoli sebacei cutanei comincia con punti rossi, piccoli, spesso frequentissimi che tosto copronsi di sottili croste biancastre, le quali s' ingrossan dappoi assumendo un aspetto cretaceo. Queste risultano da particelle di materia sebacea indurita, corrispondenti e aderenti agli orificii dilatati dei follicoli

cutanei che assumono la figura di piccoli pertugi imbutiformi. Cadendo tai croste vengono a scoprirsi altrettante depressioni della cute che il *Chausit* accerta dipendere dalla atrofia dei follicoli sottoposti. A lungo andare però quelle depressioni scompajono per un successivo lavoro di riparazione. — Il decorso della malattia è sempre cronico, spesso lentissimo, volendosi per la guarigione tre, quattro, cinque anni. — La sede è alla faccia, specialmente al naso, ai zigomi, alla fronte, talvolta alle orecchie e al cuojo capelluto. Dispone a tal malattia la costituzione linfatica; ne è provocato lo sviluppo dall'abuso dei liquori alcoolici. — I mezzi curativi che maggiormente convengono sono le lavature ammoniacali (due grammi di ammoniaca liquida con 250 grammi d'infuso di rose), le ripetute applicazioni di soluzione eterea di bijoduro di mercurio, le lozioni coll'olio di cade o colla seguente soluzione: *sublimato, cloruro d'ammonio, ana* 5 *centigr.; acq. distill.* 250 *grammi.* Nel secondo periodo, e quando il male sembra limitato, si possono prescrivere con vantaggio le sole unzioni oleose. Il trattamento generale cogli amaricanti, coi sudoriferi e anche colle preparazioni arsenicali resta sempre inefficace. — Dallo studio di tale varietà dell'acne pare al dott. *Chausit* venga ad esser dimostrato che i follicoli sebacei cutanei non vanno esenti da veruna affezione propria delle altre glandole dell'umana economia. Nell'acne semplice i follicoli son sede di una semplice flogosi, nell'acne rosacea vi è secrezione viziata e congestione, nella sebacea aumento di secrezione, nell'acne mollusco osservasi ipertrofia con eccesso di secrezione, nell'acne atrofica della quale è qui discorso evvi atrofia dei follicoli e dei loro condotti. (*Archives gén. de méd.*, *aprile* 1858).

Delle larve di dipteri sviluppatesi nei seni frontali e nelle fosse nasali dell'uomo a Cajenna; *del dott.* Coquenel. (*Estratto*). — Il fatto di dipteri sviluppatisi nei seni frontali e nelle fosse nasali dell'uomo non è nuovo negli annali della scienza, però i dottori *Saint-Pair* e *Chapuis* che communicarono le loro osservazioni all'Autore verificarono casi di tal genere alla Gujana e viddero pure una larva di questi insetti compire le sue metamorfosi. Delle larve provengono da dipteri della famiglia delle mosche, del genere lucilia. Appar-

tengono alle lucilie le mosche, comuni anche in Europa, d'un bel colore verde dorato. Alla Gujana esse costituiscono una specie particolare (*Lucilia Hominivorax*) e depositano le loro uova negli atrii dell'uman corpo sovraindicati. Da quelle uova nascono innumerevoli piccoli vermi, la cui presenza, se esse furon deposte nelle narici, dà luogo a formicolio nelle fosse nasali e intensa cefalalgia sopraorbitale, gonfiamento edematoso della region nasale e delle fauci, epistassi abbondante, dolore sopraorbitale ognor più intenso, sortita di certo numero di larve o vermi dagli orificii delle fosse nasali o dalle ulcerazioni che si formano al naso, febbre viva, propagazione della flogosi alle meningi e al cuojo capelluto e in brevi giorni alla morte del paziente. — Le injezioni di *infuso di tabacco* o di *soluzione di sublimato corrosivo* (5 centigrammi sopra 30 grammi d'acqua distillata) riescirono i migliori mezzi curativi. È rara però la guarigione, perchè porzione appena delle larve può esser raggiunta nelle anfrattuosità delle parti dove avviene il loro sviluppo, mentre è rapidissimo il decorso della malattia. Sopra cinque fatti ben constatati quattro degli individui affetti son morti, un solo è guarito. Le ulcerazioni delle fosse nasali e dei seni frontali e delle cavità dell' udito nei casi gravi e letali si approfondano distruggendo ogni tessuto e l'istessa sostanza cerebrale. (*Archiv. gén. de méd.*, *maggio* 1858).

BIBLIOGRAFIA
MEDICO-CHIRURGICA ITALIANA E STRANIERA.

Italiani.

Atti della fondazione scientifica *Cagnola.* Milano, 1858.

Baccelli prof. *Guido.* Dello empiema da pleuritide genuina. Studio diagnostico e terap. Roma, 1858. op. di pag. 32.

Bamberger, Friedreich, Griesinger, ecc. Manuale di patologia e terapia speciale. Trad. it. del dott. *Antonio Longhi.* Invito d'associazione diramato dal traduttore a Torino, via del Fieno, N.° 11. — L'opera sarà pubblicata in 6 vol. in-8.° divisi in fasc. di 10 fogli ciascheduno, appena raccolto un numero sufficiente di firme.

Bastianini *Domenico.* Considerazioni sulli orecchioni che regnarono epidemicamente in S. Gregorio, e sulla natura esantematica di questa malattia. Viterbo, 1857. Op. in-8.°

Beroaldi *Pietro.* Codice sanitario per li medici e chirurghi condotti del Regno Lombardo-Veneto. — D'imminente pubblicazione.

Berti. Della vita e degli scritti del dott. *Ignazio Penolazzi.* Padova, 1858. Op. in-8.°

Berti. Sulle manifestazioni ozonometriche durante l'ultima epidemia catarrale. Venezia, 1858. Op. in-8.°

Bibliografia italiana delle scienze mediche compilata dal professor *G. Brugnoli* e dai dottori *Alfonso Corradi* e *Cesare Taruffi* (gerente). Bologna, 1858. Anno I. — Esce in 12 dispense che formano un vol. annuo di non meno di 25 fogli. L'associaz. è obbligatoria per un anno.

Bonucci *Francesco.* Delle malattie mentali curate nel manicomio di S. Margherita di Perugia, li anni 1855, 1856, 1857. — Relazione triennale. Venezia, 1858.

Capezzuoli prof. *Serafino.* Trattato di chimica organica applicata alla medicina. Firenze, 1858-59. In corso di pubblicazione. Fasc. 20.

Casanova *Achille.* Guida alla clinica ematologica nei rapporti dell'irritazione, congestione e flogosi. Milano, 1858. 1 vol. in 8.° di pag. 529.

Cera *Vincenzo Leonardo.* Breve cenno sulla civiltà e la follia. Napoli, 1858, in-8.° di pag. 42.

Demeis. I mammiferi. Torino, 1858. In corso di pubblicazione. L'opera intera si comporrà di tre volumi. — Il 1.° conterrà L'*Introduzione;* il 2.° I *Generi*; il 3.° Le *specie dei mammiferi*, e sarà composta di circa 70 fogli.

De Renzi. Della storia della medicina e della medicina di *Ippocrate.* Napoli, 1858. 1 vol. in-8.° di pag. 100.

Idem. Lezioni di patologia generale. Sec. ed. Napoli, 1858. 1 vol. in-8.° di pag. 592.

Idem. Storia documentata della scuola medica di Salerno. Sec. ediz. Napoli, 1857. 1 vol. in-8.°

Falret. Lezioni cliniche di medicina mentale. Trad. con note del dott. *N. Perla.* Aversa, 1857. 1 vol. in-8.°

Ferrario *Francesco.* Della vita e delle opere di *Luigi Sacco.* Milano, 1858. Op. in-8.°

Festler *Francesco Saverio.* Fisiologia della febbre nei suoi tipi, nelle sue composizioni e complicazioni e nelle sue attinenze genetiche con gli altri morbi. Padova, 1857. Op. in-8.°

Franceschi *Camillo.* Intorno al chemismo bufaliniano. Lettere in risposta al ch. prof. *Leopardo Betti.* Fano, 1858.

Galamini *Giuseppe.* Saggio clinico sulle malattie del cuore e dei polmoni. Faenza, 1857. 1 vol. in-8.°

Garelli *Giovanni.* Delle inalazioni minerali. Torino, 1858.

Gazzetta degli ospedali. Giornale delle scienze mediche compilato e diretto dai dottori *Carmine Elena, Luigi Viviani, Antonio Bellagamba.* Periodico mensile. Anno I. Genova, 1858.

Gazzetta Medica Italiana, provincie venete. Compilata dai dottori *Ferdinando Coletti* ed *Antonio Barbò Soncin.* Periodico settimanale; in 4.° a due colonne. Anno I. Padova, 1858.

Gerolami. Ospizio di S. Benedetto in Pesaro. Secondo Rendiconto Statistico. Pesaro, 1858; in-4.° gr. di pag. 94 con tav.

Giacich. Cenni popolari sui bagni di mare. Fiume, 1858. Op. in-8.°

Gobbi. Pratica della pratica medicina. — L'invito d'associazione, pubblicato or ora dal tipografo Gregorio Ceccarelli Biasini di Cesena, fa di quest'opera e dell'autore i più sterminati e i meno dignitosi elogi. — La pratica della pratica medicina escirà divisa in fascicoli, non meno di sei, e non più otto.

Guelpa. Sull'idropsichoterapia, studi clinici istituiti nello Stabilimento idroterapeutico d'Oropa. Parte 1.ª Biella, 1858.

Landi *Pasquale.* Delle predisposizioni alle deformità considerate in alcune condizioni fisiologiche dell'apparecchio locomotore. Firenze, 1858. Op. in-8.°

Linati *Filippo.* Degli studj elettro-fisiologici presso l'alta antichità. Parma, 1858. Op. in-8.°

Masnata prof. Del vomito incoercibile nelle donne gravide. Lezione teorico-pratica. Cagliari, 1857.

Massone *G. B.* Di alcune preparazioni di guaco quale mezzo di preservazione e di cura nelle malattie veneree. Genova, 1858.

Medici prof. *Michele.* Compendio storico della scuola anat. di Bologna dal rinascimento delle scienze e delle lettere a tutto il secolo XVIII con un paragone fra la sua antichità e quella

delle scuole di Palermo e di Padova. Bologna, 1857. 1 vol. in-8.°

Memorie della R. Accad. delle scienze di Torino. Serie 2.ª tomo XVII. Torino, 1858.

Mengozzi *Gio. Ettore.* Degli errori medici e filosofici di *Maurizio Bufalini* e di altri maggiori antesignani delle scuole mediche europee. Milano, 1858. In corso di pubblicaz.

Meola *Giovanni Battista.* Del vero modo di curare e limitare la sifilide. Ricerche terapeutico-pratiche. Napoli, 1858.

Morelli *Carlo.* Guida pratica e razionale alla cura dei morbi cronici della pelle. Firenze, 1858. In corso di associaz.

Nardini. Annotazioni intorno un opuscolo del dott. *Markham* sulla controversia della infiammazione e del salasso, tradotto dal prof. *L. C.* Parma, 1858. in 8.° di pag. 80.

Nicolis *Ignazio.* Trattenimenti sperim. e pratici di percussione e di ascoltazione. Torino, 1857. 1 vol. in-8.°

Palasciano. Memorie ed osservazioni di chirurgia pratica sul restringimento e la gangrena dell'intestino ernioso, e sulla diagnosi e cura delle emorragie uterine. 1 vol. in 8.° di pag. 246 con 8 fig. incise in rame. Napoli, 1858.

Pignacca *Antonio.* Quale sia la potenza delle condizioni atmosferiche nella prov. di Pavia sulla salute dell'uomo; quali siano le malattie più dominanti e le cause loro. Pavia, 1858. Op. in-8.°

Regnoli Lezioni di med. operatoria. Firenze, 1858. In corso di associaz.

Riberi prof. *Alessandro.* Lezioni orali di clinica chir. e di med. operativa. Vol. III. Torino, 1858.

Righini *Giovanni.* Il nuovo vade-mecum del medico, del chirurgo, del farmacista e del popolo. Memoriale patologico-farmaco-terapeutico. Torino, 1858.

Schivardi *Antonio.* Biografia di Pietro Riccobelli. Brescia, 1858. Opuscolo in-8.°

Simonetti *Filolao.* Dei veleni e contravveleni, ovvero soccorsi da amministrarsi alle persone avvelenate o cadute in asfissia. Torino, 1858.

Soresina *Gian Battista.* Cenni di topografia medico-igienica sulla città di Mantova. — In corso di associaz. — Mantova, 1857-58.

Taddei. Idrologia di Firenze, desunta dai risultati dell'analisi chimica. Firenze, 1858.

TORRESINI *Michelangelo*. Dubbio sulla condiz. patologica della clorosi. Padova, 1858. Op. in-8.°

TROMPEO. Dei medici e degli archiatri dei principi di Casa Savoja. Catalogo ragionato, disposto per ordine cronologico. Parte 2.ª Torino, 1858.

VANZETTI prof. *Tito*. Cenni sulla cura dell'infiammazione colla compressione digitale. Venezia, 1858.

WHITEMAN WEBB. Osservazioni pratiche su l' uso della congelazione come anestetico nella estirpazione dei denti ed in altre relative operazioni chirurgiche. Versione dall' inglese con note ed appendice del chirurgo *Giovanni Corbetta*. Milano, 1858. Opuscolo in-8.°

Francesi.

AIMÉ *Robert*. Guide du médecin et du touriste aux bains de la vallée du Rhin, de la Fôret-Noire et des Vosges. Strasbourg, 1858.

ALQUIÉ. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier. Montpellier, 1858. 1 vol. in-8.°.

ARAN. Leçon cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858. 1 vol. in-8.° publié en trois parties. Les deux premières parties sont en vente.

BAUDET. Examen critique de l'incubation appliquée à la thérapeutique. Paris, 1858. 1 vol. in-8.°

BÉHIER *et* HARDY. Traité élém. de pathol. interne. L'ouvrage formera 4 vol. in-8.° Les trois premiers volumes ont paru.

BÉRARD, DENONVILLERS *et* GOSSELIN. Compendium de chir. prat., ou traité complet des maladies chirurgicales et des operations que ces maladies réclament. Paris, 1858. — In corso di pubblicazione.

BERCHON. Relation méd. d'une campagne aux mers du Sud. Paris, 1858.

BERNARD *Claude*. Leçons sur la physiologie e la pathologie du système nerveux. Paris, 1858. 2 vol. in-8.° avec fig.

BERTHIER. De l'isolement. Bourg, 1858. 1 vol. in-8.°

BILLOD. D'une variété de pellagre propre aux aliénés. Paris, 1858. in-8.° di 75 pag.

BRIAND. Manuel complet de médecine légale. X.ᵉ ed. Paris, 1858.

Brown-Séquard. Journal de la physiologie de l'homme et des animaux. Tome 1.r, Paris, 1858.

Burdel. Recherches sur les fièvres paludéennes, suivies d'études physiologiques et médicales sur la Sologne. Paris, 1858. 1 vol. in-12.°

Collongues. Application de la dynamoscopie à la constatation des décès. Paris, 1858. in-8.° di 43 pag.

De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement; comunications à l'Acad. imp. de médecine. Paris, 1858. 1 vol. in-8.°

Devay. Traité spécial d'hygiène des familles, particulièrement dans ses rapports avec le mariage, au physique et au moral, et les maladies héréditaires. Paris, 1858.

Fallot. Philosophie médicale. Conjectures sur l'étiologie des tubercules polmonaires. Bruxelles, 1858.

Giraud-Teulon. Principes de mécanique animale ou Études de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés. Paris, 1858. 1 vol. in-8.° de pag. 484 avec fig.

Hardy. Leçons sur les maladies de la peau prof. à l'hôpital S. Louis. Paris, 1858. in-8.° di pag. 191.

Jacquot. Du typhus de l'armée d'Orient. Paris, 1858. in-8.° di pag. 446.

Idem. De l'origine miasmatique des fièvres endemo-épidémiques dites intermittentes palustres ou à quinquina. Paris, 1858. 1 vol. in-8.°

Lalagade. Études sur la revaccination. Paris, 1858. in-8.°

Marques. Aperçu historique de l'ophtalmie militaire portugaise. Bruxelles, 1857. di pag. 63.

Manzini. Histoire de l'inoculation, préservation de la fièvre jaune, pratiquée par ordre du gouvernement espagnol à l'hòpital militaire de la Havane. Paris, 1858.

Matteucci. Cours d'electro-physiologie. Paris, 1858. 1 vol. in-8.°

Mémoires de la Société méd. de Strasbourg. T. III. 1.e partie, 1858.

Michaux. Traitement des anévrismes chirurgicaux par la compression digitale. Bruxelles, 1858. Broch. in-8.°

Noirot. Annuaire de littérature méd. étrangère, pour 1857 et 58. Paris, 1857 et 58. 2 vol. in-16.°

PIDOUX. Études sur le vitalisme organique. La fièvre puerpérale. Paris, 1858.

REVUE d'hydrologie méd. fr. et étrangère. An 1. Strasbourg, 1858.

RICORD. Leçons sur le chancre. Paris, 1858.

ROUX *Léon*. De la manière de conserver les dents. Paris, 1858. 1 vol. in-8.°

SAUREL. De l'importance de l'ophtalmologie. Montpellier, 1858.

SCANZONI. Traité des maladies des organes sexuels de la femme. Paris, 1858.

SICHEL. Iconographie ophtalmologique, ou description et fig. color. des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anat. pathol., la pathol. et la thérap. méd.-chir. Paris, 1858.

SOUPART. Opérations de chir. plastique. Bruxelles, 1858. in-8.° di pag. 50.

TROUSSEAU *et* PIDOUX. Traité de thérap. et de mat. méd., IV ed. Paris, 1858.

VALLÈE. Cours élémentaire complet sur l'oeil et la vision chez l'homme et les animaux vertébrés qui vivent dans l'air. Paris, 1858.

WLEMINCKX. L'ophtalmie dite militaire au Congrès de Bruxelles. Bruxelles, 1858.

YVAREN *Prosper*. Epidémies et éphémérides; trad. du latin. de *Guillaume de Baillou*, avec une introd. et des notes. Paris, 1858. 1 vol. in-8.°

Tedeschi.

AERZTLICHER BERICHT des k. k. Krankenhauses Wieden vom Solar-Jahre 1856. Wien, 1858.

BERICHT ueber der Volksgesundheitszustand und die Wirksamkeit der Civilhospitäler im russischen Kaiserreiche für das J. 1856. St. Petersburg, 1857.

BINGEL. Recepttaschenbuch für practische Aerzte und Schüler der Medicin und Pharmacie. Wien, 1858.

BRETTAUER *und* STEINACH. Untersuchungen über das Cylinder Epitelium der Darmzotten. Wien, 1857.

BÜCHNER. Kraft und Stoff. Empirisch-Naturphilosophische Studien. In Allgemein-verständlicher Darstellung. — Frankfurt-am-Maine, 1858, di pag. 250, 5 ed.

Edlen *von* Königsberg. Wildbad Gastein im Jahre 1857. Wien, 1858.

Friedberg. Pathologie und Therapie de muskellähmung. Weimar, 1857, di pag. 349.

Friedleben. Die Pathologie der Thymusdrüse in Gesundheit und Krankheit. Frankfurt a. M., 1858, di pag. 336.

Graefe. Ueber die Wirksamkeit des Soolbades und Salzbrunnens Wittekund bei Giebichenstein und Halle an der Saale. Halle, 1858.

Hoffmann. Das Civil-Medicinalwesen im Königreiche Baiern mit den dermaligen in Wirksamkeit bestehenden medicinal-verordnungen. Landshut, 1858.

Hörling. Ueber die Wirkungen des Bades Lippspringe und des Inselbades. Paderborn, 1858.

Ideler. Lehrbuch der gerichtlichen psycologie. Berlin, 1857. in-8.° di pag. 348.

Jochheim. Die Mineralquellen der Grossherzogthums Hessen, seiner Enclaven und der Land-grafschaft Hessen-Hombourg. Erlangen, 1858.

Lambl. Das Wesen und die Entstehung der Spondylolisthesis. Würzburg, 1858, di pag. 79.

Lohmeyer. Lehrbuch der allgemein. chirurgie. Lahr, 1858. in-8.° di pag. 253.

Macher. Uebersicht der Heilwässer und Naturmerkwürdigkeiten des Herzogth. Steiermark. Wien und Graz, 1858.

Mosler. Untersuchungen über der Uebergang von Stoffen aus dem Blute in die Galle. Giessen, 1857.

Mühry. Klimatologische Untersuchungen. Leipzig und Heidelberg, 1858, di pag. 816.

Naumann. Ergebnisse und studien aus der medicinischen Klinik in Bonn. Leipzig, 1858.

Polansky. Die selbstpflege der Brustschwachen. Wien, 1858.

Reich. Medicinische Chemie. Erlanger, 1858.

Rollert. Untersuchungen zur näheren kenntniss des Baues der quergestreiften muskelfaser. Wien, 1857.

Schinzinger. Die complicirten luxationen. Lahr, 1858.

Schuh. Ueber Gesichtsnevralgien und ueber die Erfolge der degegen vorgenommen nerven sectionen. Wien, 1858. 1 vol. in-8.°

SIMON. Kritische Geschichte der Ursprungs der Pathologie f. der Behandlung der Syphilis. Hamburgh, 1857.

SPENGLER. Gesammelte medicinische Abhandlungen. Wetzlar, 1858.

SPIEGELBERG. Lehrbuch der Geburtshülfe. Lahr, 1858, di pag. 576.

STIEMER. Die Cholera, ihre Aethiologie und Pathogenese, ihre Prophylaxe und Therapie, basirt auf der veränderlichen Ozongehalt der Luft und dessen Einfluss auf die Athmung. Königsberg, 1858.

ULRICH. Ueber Lebensrettung der Asphyxie nach Cloroform oder Aether-Einathmung. Wien, 1858.

VALENTIN. Die Kunstgerechte Entfernung der Eingeweide des menschlichen Körpers; ein Leitfaden für Wissenschaftliche Leichenöffnungn. Frankfurt-am-Maine, 1857, di pag. 44.

VERHANDLUNGEN der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg. 1852-58, 8 Band.

Inglesi.

ADAMS *William*. A sketch of the principles and practice of subcutaneous surgery. London, 1858.

ALEXANDER. Rheumatism; its nature, causes, and cure; Gout; its nature, causes and preventions. London, 1858, di pag. 266.

American Journal of insanity. Vol. XV, 1858.

ARNOTT *James*. On the painless extirpation of cancerous growth by congelation and caustic, including a report of the recent use of prolonged congelation in the cancer wards of the Middlesex Hospital. London, 1858, di pag. 28.

ARMSTRONG. Observations on naval hygiene and scurvy, more particularly ad the latter appeared during a Polar voyage. London, 1858. 1 vol. in-8.º

BARNES *Robert*. The physiology and treatment of placenta praevia. London, 1858.

BEALE. Illustrations of the constituents of the urin, urinary deposits, and urinary calculi. London, 1858, di pag. 72.

BENNETT. Clinical lectures on the principles and practice of medicine. 2. ed. Edinburgh, 1858, di pag. 958.

BUCKNILL and TUKE A manual of psychological medicine. London, 1858, di pag. 562.

Burgess. The medical and legal relations of madness, showing a cellular theory of mind, and of nerve force, and also of vegetative vital force. London, 1858; in 8.º di pag. 283.

Carsten Holthouse. On squinting, paralytic affections of the eye, and certain forms of impaired vision. London, 1858, di pag. 210.

Davey. The ganglionic nervous system; its structure, functions and diseases. London, 1858. di pag. 509.

Dick *Henry*. Gleet; its pathology and treatment. London, 1858, di pag. 88.

Dunn *Robert*. An Essay on physiological psychology. London, 1858.

Fleetwood Churchill. The diseases of children. 2. ed. Dublin, 1858, di pag. 782.

Forsyth Meigs. A practical treatise on the diseases of children. Philadelphia, 1858.

Gairdner. On Medicine and medical Education. Three lectures with notes and appendix. Edinburgh, 1858, di pag. 130.

Gray. Anatomy, descriptive and surgical. London, 1858; di pag. 750.

Gross. Elements of pathological anatomy. 3 ed. Philadelphia, 1857; di pag. 771.

Guy's Hospital Reports. Edited by *Samuel Wilks* and *Alfred Poland*. Third Series. Vol. III. London, 1857. in-8º di pag. 513.

Habershon. Pathological and practical observations on diseases of the alimentary canal, œsophagus, stomach, coecum, and intestines. London, 1857. in-8º di pag. 387.

Hinckes Bird. On the nature, cause, statistics and treatment of erysipelas. London, 1858; di pag. 60.

Hogg. The ophtalmoscope, its mode of application explained, and its value shown in the exploration of internal diseases affecting the eye. London, 1858; di pag. 107.

Howe. On the causes of Idiocy. Edinburgh, 1858; di pag. 78.

Jamieson *Robert*. Mind and body; a discourse on the physiology of the phrenical action of the cerebrum. Aberdeen, 1858.

Jones. A catechism of the physiology and phylosophy of body, sense, and mind. London, 1858. di pag. 124.

Kirkbride. Report of the Pennsylvania Hospital fort the insane, for the year 1857. Philadelphia, 1858.

Laurence. The diagnosis of surgical cancer. London, 1858; di pag. 128.

Lawrance. On localized galvanism applied to the treatment of paralysis and muscular contractions. London, 1858; di pag. 164.

Lee. The treatise of the employment of the speculum. London, 1858, di pag. 152.

Lobb. On some of the more obscure forms of nervous affections. London, 1858, di pag. 512.

Mac Leod. Notes on the surgery of the war in the Crimea; with remarks on the treatment of gunshot wounds. London, 1858; di pag. 439.

Maclise *Joseph.* On dislocations and fractures. London, 1858.

Miller *Hugh.* The principles and practice of obstetrics. Philadelphia, 1858.

New Orleans Medical News and Hospital Gazette. Jan. 1858.

Noble *Daniel.* The human mind in its relation with the brain and nervous system. London, 1858 ; di pag. 158.

O'Ferrall. Clinical lecture on the treatment of anthrax by pressure. Dublin, 1858.

Ophtalmic Hospital reports; edited by I. F. Streatfield. London, 1858.

Payne. The Institutes of medicine. New-Jork, 1858, di pag. 1095.

Peacock. On malformations of the human heart. London, 1858, di pag. 142.

Peddie. The necessity for some legalised arrangements for the treatment of dipsomania. Edinburgh, 1858.

Pickford. Hygiene, or health as depending upon the conditions of the atmosphere, foods and drinks, motion and rest. London, 1858; di pag. 290.

Peasley. Human histology in its relations to descriptive anatomy, physiology and pathology. Philadelphia, 1857, di pag. 616.

Radcliffe. Epilepsy and other convulsive affections, their pathology and treatment. London, 1858. 1 vol. in-8.°

Reale. The use of the microscope in clinical medicine. London, 1858.

Report of the commissioners appointed to inquire into the regulations affecting the sanitary condition of the army, the organization of military hospitals, and the treatment of the sick and wounded ; with evidence and appendix. London, 1858. in folio.

Richardson. The cause of the coagulation of the blood. London, 1858. 1 vol. in 8.° di pag. 466.

Ridge. Health and disease, their laws; with plain practical prescriptions for the people. London, 1858; di pag. 624.

Roberts. An essay on wasting palsy (Cruveilhier's atrophy). London, 1858. 1 vol. in-8.°

Rumsey. On sanitary legislation and administration in England. London, 1858, di pag. 77.

Savory. An experimental inquiry into the effects upon the mother of poisoning the fœtus. London, 1858.

Second annual report of the united lunatic asylum for the County and town of Nottingham. 1858.

Semple. On cough, its causes, varieties, and treatment. With some practical remarks on the use of the stetoscope as an aid to diagnosis. London, 1858, di pag. 174.

Sims. Silver sutures in Surgery. New-Jork, 1858.

Southam *George.* The nature and treatment of Cancer. London, 1858, di pag. 47.

Taylor *Alfred.* Medical jurisprudence. 6. ed. London, 1858, di pag. 976.

The Indian Annal of medical science. Jan. 1858.

The New Jork dental Journal. Vol. 1.° New Jork, 1858.

The Pacific Medical and Surgical Journal. San Francisco; vol. 1. Jan. 1858.

Thompson *Henry.* The enlarged prostate, its pathology and treatment; with observations on the relation of this complaint to stone in the bladder. London, 1858. in 8.° di pag. 320.

Thudicum. A treatise on the pathology of the urine. London, 1858; di pag. 429.

Transactions of the medical society of the state of the New Jork for the year 1858. — Albany, 1858; di pag. 655.

Transactions of the odontological Society of London, 1856-57. London, 1858, di pag. 154.

Transactions of the pathological Society of London; including the reports of the proceedings of its various sessions from 1846-47 till 1856-57. Eight vol. in 8.° London, 1858.

Waller *Charles.* Elements of practical midwifery; or, Companion to the Lying — in Room. 4 Ed. London, 1858; in 12.° di pag. 293.

Wallis. Elements of practical midwifery. 4 Ed. London, 1858, di pag. 153.

West. Lectures on diseases of the women. Part. II. Diseases of the ovaries. London, 1858; di pag. 247.

Wilson *Erasmus.* A three week's scamper through the spas of Germany and Belgium; with an appendix on the natural uses of mineral waters. London, 1858. di pag. 368.

Wise *Thomas.* Essay on the pathology of the blood and its containing vessels. Edinburgh, 1858; di pag. 388.

Fig.ª VI

Fig.ª VII

Dr R.Gritti ad nat. del.

Milano, Litografª Bertotti

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Vol. CLXVI. — Fasc.° 497. — Novembre 1858.

Monografia delle vertigini e ricerche di fisiologia nevrologica; *del dott.* **FILIPPO LUSSANA.** (*Continuazione della pag.* 130 *del precedente fascicolo*).

PARTE PATOLOGICA.

Quando il patologo conosce in una *malattia* la natura della turbata *funzione,* non ha più da sconfinarsi tra faticose e spesso frustate speculazioni, per giudicare il *sintomo* e per aggiudicarlo alla *parte malata*, od alla sede morbosa. Ei può francamente valersi del primissimo fra i canoni *diagnostici*, il quale ci si tramandava fino da *Galeno:* — *Actionem laedi necesse est, instrumento ipsam efficiente, quomodolibet laeso,*

Avendoci anche noi previamente spianata alla nostra bisogna una tale strada fisiologica, non più ne incombe l'impegno di indagare nella fisonomia *nosografica* l'*ente morboso;* dacchè di già ci viene definita a sufficienza la vertigine in quel netto e tassativo tratto sommario del: *Disordine locomotivo e statico da mancatovi governo sensoriale.*

Siccome però, varj dall' una parte emergono i gradi di questa malattia, e variamente ponno concorrere gli elementi *sensorj* a provocarla, sia che essi vengano turbati nelle loro esterne operazioni, sia che rimangano intaccati effettivamente negli *apparecchi esterni* od eziandio nei rispettivi loro *organi centrali;* e siccome d'altronde a suscitare codesti disturbi possono agire delle cause molteplici e delle molte-

plici condizioni morbose tanto sugli organi centrali dei sensi, quanto sui loro *organi esterni;* così rendesi altamente necessario lo specificare codeste forme varie della vertigine, e per tal guisa applicare i principj fisiologici alla categorizzata distinzione delle suddette forme e specie di vertigine.

Utilizzeremo quindi addiritura le trattazioni descrittive nosologiche a stigmatizzare codeste importanti varietà, le quali oramai potranno venire basate sui cardini giusti e sicuri delle verità fisiologiche.

Capo 1.° — *Della vertigine eccentrica obbiettiva.*

Motivi, criterj e varietà eziologiche della vertigine obbiettiva. — Descrizione nosografica. — Prognosi. — Cura profilattica e diretta. — Specie di vertigini obbiettive: non è altrimenti anche il mal di mare. — Ragione ed origine del vomito e della palpitazione nelle gravi diverse vertigini.

§ 1.° — Noi abbiamo, nel capo 1.° della 1.ª parte, già rovistato ed analizzato delle molteplici guise, onde la rappresentazione degli oggetti esterni ci può accagionare la vertigine dei varj sensi.

Fino a che codesti effetti si limitano ad un grado e ad un tempo transitorj, il margine fisiologico non può dirsi oltrepassato: ancor non havvi un vero stato morboso.

Ma alloraquando le conseguenze turbinose del disordine *sensoriale* e *locomotivo* perseverano, i confini della ordinaria salute sono valicati: stiamo sul campo della patologia: abbiamo una vertigine prodotta da *illusioni esterne*, da fallaci rappresentazioni estrinsiche degli oggetti, da confusioni sensoriali di varia fatta. Ed elleno in proporzione della corrispettiva loro durata e gravezza, ed in ragione diretta dell' impressionabilità dell' individuo, svilupperanno una vertigine *eccentrica nervosa*, *obbiettiva*.

È canone fisio-patologico quello che ne apprende per esperienza e per argomenti di ovvia pratica, qualmente il

nostro organismo soglia coll'esercizio mano mano assuefarsi a concepire una maggior resistenza contro alle morbifiche influenze.

Egualmente avviene per le cause, le quali si sanno e si riconoscono per ordinarie suscitatrici della vertigine. I ragazzi, le donne, che meno si addestrarono alle turbinose variazioni della vita operosa e sociale, cadono più facilmente soggette alla vertiginosa confusione dei sensi, avanti alle già riferite modalità inconsuete dei medesimi. Altrettanto vale per gli uomini che abbiano sortito una tempra delicata e che non indurarono alle vicissitudini viaggiatrici e tumultuose del mondo. Sono quindi causa, che evidentemente *predispone alla vertigine da esterne illusioni*,

1.° L'età puerile,

2.° Il sesso femminile,

3.° La delicata impressionabilità sensoria,

4.° L'inassuefazione ai disordinati vortici della vita agitata e viaggiatrice.

Colla previa preparazione di cotali suscettibilità, una minore cagione *diretta* od *efficiente* basterà a determinare una vera e duratura vertigine.

Sarebbe oziosa ripetizione il qui riferire la narrazione delle cause esterne, onde suolsi accagionare la vertigine, e che già furono, quanto basti, sviluppate nel 1.° capo della 1.ª parte. Altrettanto inutil cosa è il replicare la spiegazione e narrazione degli effetti meramente *nervosi*, *funzionali*, che insorgono per conseguenza di queste *illusioni esterne.* Giovi qui solo avvertire (per necessaria preparazione distintiva delle diverse forme e specie di vertigini), qualmente *estrinseca* ed *obbiettiva* qui riesca la cagione provocatrice del male, cioè da *confusioni sensoriali esterne* (vertigine *eccentrica*); — e qualmente i fattori patologici ed essenziali della medesima consistano in turbe *sensorie funzionali* e nei conseguenti disordini della *innervazione volontaria loco-motiva e statica.*

Sommo grado di esempio di codesta specie di vertigine è il *mal di mare:* — minori gradazioni sono quelle analogamente prodotte dai viaggi sui vagoni, dal ballo vorticoso, dal giravoltarsi.

La guardatura dall'alto, il passaggio su stretti ponti, sopra uniformi superfici e simili, e tutto quanto che rappresenti una soltanto *passaggiera* confusione sensoria, non basta a sviluppare effetti durevoli, cioè tali, che traducansi in vera vertigine. Il turbamento *sensorio*, e conseguentemente *locomotivo*, deve, e non altrimenti, proporzionarsi alla durata d'influenza della causa.

In vece trattasi di lunghi viaggi e di persone inassuefatte.

Osservazione 1.ª — (È del prof. *Trousseau*).

« Au n.° 29 *bis* de notre salle Saint-Bernard, est couché une femme de cinquante-sept ans, dont la santé habituelle a toujours été très-bonne, malgré une complexion dèlicate et une apparence assez chétive. Elle est devenue dyspeptique il y a trois mois, les digestions étaient laborieuses, sans vomissements, mais fréquemment suivies d'un peu de diarrhée. Cette femme, Picarde d'origine, est arrivée à Paris il y a vingt jours en chemin de fer. Le bruit et le siffles de la locomotive ont déterminé chez elle des maux de cœur, des nausées, mais *principalement un phénomène nerveux qui l'a beaucoup épouvantée. Il lui a semblé qu'elle s'abimait dans la tête.* C'est ainsi qu'elle a défini *les eblouissements vertigineux, la sensation toute particulière de malaise à laquelle elle s'est trouvée en butte durant tout le trajet de son voyage* ». (Clinique du prof. *Trousseau:* « Abeille medicale » N. 12, 1856).

L'illustre clinico nei commenti che porge di questo caso scende a paragonarne gli *accidenti nervosi* alla ebbrezza ed alla conseguenza dei bagordi. Codesto confronto è veritiero e giusto nella *forma* delle manifestazioni fenomenali: ma è fallace nell'assegno della *causa* efficiente, della *sede* morbosa e della *condizione patologica.* Imperciocchè gli effetti della erapula danno una effettiva *congestione cerebellosa* (siccome

Flourens ha fatto palmarmente vedere per gli *alcoolici*, e come più avanti descriveremo); impetono gli *organi centrali* del senso che deve regolare i movimenti. La vertigine allora è *centrica;* ed a lei compete un trattamento ben diverso che a quello della vertigine, della quale or qui discorriamo.

Indi *Trousseau* passa a confrontare la vertigine della sua paziente al *mal di mare*, alla vertigine delle protratte danze del dondolo, dei giuochi del giro.

E qui perfettamente a capello.

« Il n'y a pas (egli riflette) dans tout cela imminence de congestion cérébrale, menace d'apoplexie. C'est un phénomène nerveux se passant dans l'appareil nerveux, une affection temporaire et superficielle de ce système. »

« Qu'observe-t-on chez ces malades? — Qu'ils guérissent avec, ou sans l'intervention de la médecine, et quelquefois envers et malgré cette intervention; qu'ils ne conservent bientôt plus que le souvenir de leur épouvante, et qu'ils rechutent souvent ».

Poi l'esimio clinico ne fa toccar con mano qualmente i segnali di una veritiera congestione cerebrale si appresentino con ben altra guisa ed in ben altre circostanze. Quei bagliori, quel tintinnio delle orecchie, quel rossore della faccia, quel forte battito delle arterie, quella pesantezza generale, quell'ebetudine, quel formicolio delle estremità, fenomeni tutti che s'aggravano nel mettersi giù a letto, ben dimostrano una probabil congestione nelle donne sotto alla mestruazione, nei gottosi, negli emorroidarj, nei sottoposti ad affezioni flussionali,.... ma non la vertigine!

Indi prosegue: — « Certes il est des maladies, que l'on traite bien piteusement, mais je ne sache pas qu'il en soit une dans tout le cadre nosologique plus mal soignée que le vertige a *stomaco laeso* (*a stomaco laeso?*). Un malade vient vous consulter; il est effrayé, il vous effraye vous-même. Vous croyez découvrir dans ce qu'il éprouve

l'avertissement précurseur d'une apoplexie imminente, et vous vous empressez de lui ouvrir la veine, de lui poser des sangsues, de lui administrer des purgatifs drastiques. Vous avez aggravé sa position: il va tomber dans un état de vertige continuel ».

Fino a qui non c'è che dir contro. Quando si eccettui la parziale inapplicabilità raffrontativa dell' ebbrezza, tutto il resto spunta da una limpidezza pratica osservativa sì vera e sì evidente che nulla più.

Guai se a quel povero paziente traggiate sangue!....

Guai (come già ben ci premoniva *Ippocrate* (1)), se gli ministrate purganti!....

Ma che? — Non è egli innegabilmente vero ed incontestabile il vantaggio che sommi clinici ebbero e proclamano aver avuto e raccomandano dei salassi copiosi al braccio e fino al collo nella vertigine? — Si, è ben vero.

Ma altrettanto incontrovertibile è la natura diversa, la diversa condizione patologica, la quale svolge e mantiene le varie vertigini e che quindi richiede un distinto apparato curativo.

Necessita adunque di ben caratterizzarle.

E prendiamo a ciò le mosse dalla presente prima forma di vertigine, cioè dalla vertigine *eccentrica obbiettiva.*

§ 2.° — Codesti pazienti sono più di frequente ragazzi o donne, o uomini di sensitività impressionabile.

Non sono accostumati al movimento, al tumulto, ove a loro capitarono i primi fenomeni del proprio malessere ed i forieri della vertigine. È la prima volta che vi si espongono. E, se pur altra volta il fecero, o non fu sì a lungo, oppure ne patirono gli eguali proporzionati incomodi.

---

(1) « Purgare non oportet (perniciosum enim) neque intumescentes, vertiginososque, neque in errando deficientes, neque cibos aversantes, neque decolores ». — (Prædict., lib. I).
Traduzione di *Galeno* (Commentaria in *Hipp.*)

Fuori di questi accidenti causali eglino non hanno sofferti degli incomodi vertiginosi.

Trovavansi in buon essere, contenti di sè medesimi, e (tranne le affatto fortuite ed indipendenti complicazioni morbose) godevano di perfetta salute, alloraquando si posero a quel viaggio, s'assisero in quella nave, montarono su quella locomotiva, si misero a quella danza, si diedero a quel dondolo, ecc. Ma dopo un qualche tempo, e tanto più se si ha la imprudente curiosità e la inavvertenza sconsigliata di guardare gli oggetti che sembrano involarsi alla propria reale fuga, e vieppiù ancora se questi oggetti passino loro via a ritroso; incominciano a confondersi, a sentirsi un indefinibile malessere, raccolgono sopra sè stessi e più davvicino il guardo, onde riconfortarsi. Ma allora le immagini consecutive dei già lungamente guatati oggetti in fuga, fanno apparire un moto inverso alla propria persona ed al luogo ove posano. Il fischio del vapore, il rumor del vagone accrescono nuovo disordine al confuso loro capo. Una sensazione di sgomento, di sbigottimento li invade, soperchia il loro spirito. Non sanno più ove si trovino. Impallidiscono, vacillano; un tremito li prende dappertutto; la vista si fa caliginosa, il cuore batte convulsivamente, indi con irregolarità: un peso indefinibile stringe l'epigastrio, minaccia la sincope, viene il vomito.

Se per tempo gli individui ebbero la precauzione di chiudere gli occhi contro alle fallaci illusioni della vista, suolsi più facilmente schivare la vertigine. O se anco, allorchè ella minaccia, si mantengono chiuse le luci, la vertigine non avanza tant' oltre.

Altrimenti la vertigine sempre più si aggrava, nel sopra descritto modo, e tanto più, quanto più a lungo dura il tempo delle confusioni sensoriali suddette. Chè anzi, anche a viaggio finito, la vertigine allor non cessa. Le impressioni sensoriali mantenendosi (secondo le leggi fisiologiche) ancora in azione sui relativi apparecchi nervosi, vi manten-

gono l' inganno vertiginoso. All' ammalato sembra ancora e per del tempo, che il suo corpo s'adimi, s'aggiri; che ancor gli frombino per le orecchie quei suoni, che ancora sfuggan dal suo fianco gli oggetti, che ancora manchi il sostegno per disotto al corpo, e quinci e quindi ondeggi o s'approfondi.

Tutti questi fenomeni morbosi non sono se non se puramente *nervosi*, *funzionali*, *sensoriali*, *illusivi*. Le direzioni dei movimenti ne vengono tratte in inganno e manca la loro sicurezza; perchè noi dirigiamo i moti e ce ne rassicuriamo a seconda dei *rapporti* corrispettivi degli oggetti esterni. Ma codesti *rapporti* noi li riferiamo a ciò che si *sente*, non a ciò che *è*; se pure l'assuefatto giudizio non ci abbia per prova e per tempo ammaestrati ed esercitati al disinganno, e così ce ne prevengano.

La quiete, il riposo, il sonno ritornano tutto allo stato normale.

È noto qualmente di solito basti (nei casi non gravi) por piede a terra per tostamente liberarci dal *mal di mare* e dal *mal di vettura*.

Quanto diversamente dalle altre vertigini!!

Pochi mesi fa assistemmo a parecchi simultanei casi di vertigine eccentrica obbiettiva, i quali forse potevano mal illudere per ben altra forma di male.

Nella mattina del 1.° di giugno 1858, il nostro amico R. Giuseppe, sovrintendente ad un cospicuo setificio di Gandino, chiamavaci ad esaminare diverse ragazze addette al medesimo e colpite di repente da insolito malanno. Trovammo distese sopra un cortile erboso sei ragazze, tutte dai due a tre lustri, impotenti a reggersi, agitantisi con moti, che a prima giunta fecero temere d' una chorea propagata per morbosa imitazione. Tale era infatti il primo sospetto che presentavasi a quella vista e ch' era pure sorto nell' animo del dottor *P. Lussana* testè sopraggiunto su quella scena; tanto più che ci si narrava essersi detta malattia appalesata

solamente da alcuni giorni, in una o due ragazze ed essersi poi repentinamente estesa ad altre compagne nell' opificio. Fuvvi chi imputava le esalazioni delle sete esotiche; chi temeva delle fresche muraglie; chi gridava al malefizio. Ecco in che modo era avvenuto e come si offriva il male. È un opificio meccanico, un filatojo di seta, mosso a macchinismo, con migliaja di arcolaj e di cerchietti e di rocchelle ruotantisi indefessamente con un romorio monotono e continuo entro una sola lunga stanza a pareti tutte bianche, pur bianchi essendone gli assiti, i congegni e le sete. Il pavimento poggia sopra un soffitto, cosicchè l'ondulazione dell'esteso meccanismo gli concilia un lieve continuo moto di traballamento. Ampie, numerose ed aperte finestre arieggiano il fabbricato. Le muraglie sono vecchie e già da mesi rinfrescate. Nessuna esalazione di sorta vi si può percepire. Le operaje (un centinajo circa) vi sono addette ed accostumate già da varj mesi.

Negli ultimi giorni del maggio 1858, una ragazzina inesperta vi fu presa da malessere, cadde; venne portata fuori. Avvenne tosto qualche cosa di simile in altre due o tre ragazze.

All' indomane, una delle ragazze di jeri provò l'eguale disturbo; e tosto, dopo di lei, altre diverse.

Col 1.° di giugno (al 3.° giorno) ve ne erano sei a diverso grado, portate fuori dall'opificio, prostese sul cortile; alcune a male ancor incipiente, nell' interno dell' opificio.

Si potè quindi ravvisare il male in tutti i suoi stadj, gradi e modi.

Fra un centinajo di operaje sono esclusivamente le ragazze sui due lustri e a meno dei tre, quelle che ne vennero prese: — nessuna di quelle di maggiore età.

Dopo assai brevi notti ed a vuoto stomaco, erano venute sane e vispe di buonissimo mattino al lavoro.

Una di queste ragazzine, dopo ore di lavoro alle rocchelle, incomincia ad imbalordirsi alquanto, ad aver anneb-

biata la vista, si sente vacillare le gambe; è presa da un indefinito malessere generale; minaccia di cadere e di svenire: viene trasportata fuori; si adagia sulla prateria del cortile.

Poi altre egualmente.

In taluna occorre il vomito. Nessuna può reggere sulle proprie gambe: oppressione e ambascia alla regione epigastrica; debolezza dei polsi, che in alcune rendonsi quasi impercettibili. Sono confuse, attonite, non rispondono. Si agitano sul terreno in varie incomposte guise, colle braccia, colle gambe, col capo, col torso. Pianto: spavento. È da una, due o più ore che la scena si ripete e dura.

Lungo la giornata si replicò l'eguale disturbo in quattro o cinque altre ragazzine.

Raccomandiamo perchè sollecitamente siano tradotte via da quel posto, ove dalle prossime finestre viene il romorio del meccanismo, e se ne vede il vorticoso roteare degli innumerabili arcolaj. Questa sola precauzione basta per un grande e pronto miglioramento: in poco tempo e mano mano le ragazze ritornano alla pristina vigoria ed alacrità.

Perchè questo male avveniva soltanto in alcune ragazze, mentre pur tutte si trovavano sotto eguali influenze? perchè solamente nelle più tenere? perchè solo dopo molti mesi, nei quali eravi stata assoluta immunità delle operaje e dell'opificio? perchè a cifre crescenti, dopo gli eccezionali primi casi?

Queste cose premeva di possibilmente conoscere, onde saperne togliere appunto la vera cagione.

E così fu posto rimarco, che contigua alla stanza sopramentovata con *pavimento soffittato*, aveavene un'altra con eguali meccanismi, eguale seta, egual fabbricato; ma *con pavimento a volta* che non traballava menomamente sotto alle continue commozioni del meccanismo. E delle operaje di codesta ultima stanza nessuna operaja, neppur tenerissima, era mai stata colpita dal male.

La vertigine dunque poteva essere favorita dal dissesto arrecato alla sensazione tattile di resistenza, tanto più nelle tenere ed inesperte ragazzine. Ci voleva una controprova.

Raccomandammo perchè tutte le operaje, le quali erano state bersagliate dal male, venissero tradotte via dalla stanza a *pavimento soffittato* (ossia traballante) e messe in quella con *pavimento a volta*.

D'altra parte si vedeva l'effetto del contagio morale, cioè l'esempio notorio della diffusione dei mali nervosi per imitazione. Si aggiunsero quindi l'avviso severo e la minaccia dello sfratto alle ragazze che si lasciassero sopraffare dal male.

Con queste precauzioni il male cessò per affatto.

Così il fortunato successo dimostrò che:

1.° Le ragazzine più inesperte e più tenere diventavano più facilmente vertiginose; — giammai le ben esercitate da anni ai vorticosi meccanismi.

2.° Influiva potentemente il turbamento morale della scena delle compagne malate, cosicchè forse un solo accidentale fatto servì primitivamente ad assecondare la produzione di tant'altri (come è frequente a verificarsi la propagazione delle turbe nervose a molti individui, per es., della chorea, dello sbadiglio, del vomito, del singulto, del mal-di-mare).

3.° Elemento principalissimo a generar la vertigine era il turbamento del *tatto* o del *senso di resistenza* pel continuo traballar del pavimento.

4.° L'allontanamento delle cause e specialmente la riordinazione del tatto, la quiete, bastano a togliere ed a prevenire la vertigine.

5.° Probabilmente, se in giugno era avvenuto il primo caso di vertigine e altri poscia, ma non prima, — a ciò contribuivano indirettamente anche le più corte notti della stagione, imperocchè le povere ragazzine abbisognanti di sufficiente riposo e di sonno (come vuole la loro età) do-

vevano per la troppo precoce levata recarsi al lavoro già mal disposte di capo e di stomaco.

§ 3.° — E qui competono (alla vertigine *eccentrica obbiettiva*) quelle prognosi citate da *Frank* e quella più espressamente da lui emessa in proposito.

« Est denique istius passionis adfectio *saluti innoxia*, hoc est *sine omni periculo;* nisi quis, mare tenus, aut ex alto cadens, ratione casûs potius, quam passionis violentiâ, perire videatur ».

« Vertigo est omnium morborum capitis levissimus et facillime curabilis ».

E più propriamente lo stesso *Frank:*

« Nullius certe ponderis vertigo est, quae a primâ juventute, ac sanitate caeterum illibatâ, ex rotarum circumactione, ex praecipitii aut fluminis rapidi ex alto adspectu, ex transitu pontis angusti nulloque sustentaculo custoditi, ex motu corporis aut proprii aut alieni in gyros: ex inclinato profundius aut ex reclinato capite: ex navigatione, aut ex vectione retrogradâ in rhedâ, exoritur ».

Ed eziandio il pronostico di *Trousseau:*

« Le vertige *a stomaco laeso* est une névrose sans gravité, bien qu'elle épouvante beaucoup les malades et leurs familles ».

Ma tutto ciò solamente fino a quando ci arrestiamo alla vertigine *eccentrica-nervosa* od *obbiettiva.* Il pronostico di lei è favorevole,... purchè (ben intesi) e per quanto ne cessi la causa efficiente *estrinseca, oggettiva, eccentrica.*

§ 4.° — La cura... Torniamo ancora una volta alle riflessioni di *Trousseau.*

« C'était facile à guérir ».

« Oui: » dice *Trousseau:* — E noi con lui.

« Mais (egli seguita) à la condition expresse, que vous ne perdrez jamais de vue l'existence des troubles gastriques, de la légère hipertrophie du foie, qui se rencontre quelquefois (et chez la femme de n.° 29 bis, par exemple), et

que vous dirigerez vos moyens thérapeutiques du côté de l'estomac ».

E qui incominciamo a pienamente dissentire.

Che infatti la sua malata ritraesse vantaggi dalle per lui encomiate polveri alcaline e per le infusioni di quassia, ben lo confessiamo,... ma solo in quanto che essa paziente doveva avvantaggiarsene in quei disturbi e dissesti epato-gastrici, i quali già da mesi precedevano la apparizione della vertigine, e che s'erano in avanti prodotti colla dispepsia, colle digestioni laboriose, colla diarrea e colla ipertrofia del fegato.

Che analogamente codesto piano curativo riuscisse a *Bretonneau*, il quale lo credeva proficuo ed il commendava in vertigini precedute e fomentate dalla dispepsia con vomiti bavosi ed acidi (d'onde il *Trousseau* ha cavata la argomentazione indiretta a trattarne la sua malata); anche ciò concediamo e meglio vedremo, ove si favellerà delle vertigini *reflesse-gastriche*.

Ma che una tal cura fosse quella che giovasse alla vertigine della sua paziente e ne la facesse guarire, nol ci pare; e ben ripensiamo e rammentiamo invece i DODICI GIORNI DI LETTO, ch'ella riposò nell'Hôtel-Dieu.

Noi invece sottoscriviamo pienamente il consiglio di *Avicenna*, quando in proposito appunto a questa fatta di vertigine *nervosa-eccentrica* od *obbiettiva*, e con molta assennatezza pratica, ci avverte: « Facta quidem revolutione, et consideratione ex loco alto, *levatur cum quiete et tranquillitate et somno* ».

E la *quiete*, la *tranquillità* ed il *sonno*, e non altro guarivano perfettamente in *dodici giorni* la vertiginosa di *Trousseau*, senza che non abbiano mancato di giovare ai suoi incomodi gastro-epatici gli altri medicamenti a ciò appropriati.

Ma quando il paziente ritrovasi irreparabilmente obbligato a durare ancora per del tempo sulla sua nave,

quali preventivi, quali soccorsi, quali mezzi può la medicina ammanire e consigliare? . . . E ad affrettare possibilmente anche la dissipazione della vertigine medesima pel malato, che pur sia stato sottratto alle dirette cause e che pur riposi nel suo letto, quali altri sussidii può sperare il medico? . . .

Il lettore s'accorge, che, anzi tutto, noi siam per proporre quanto già la pratica dei marinari suggerisce ai novizii intraprenditori di viaggi: vale a dire un previo esercizio ed una previa assuefazione alle onde, ai marosi, sulle cui rive si eseguiscano dei passeggi a ritroso delle correnti od entro ai cui primi guazzi (ancor meglio) si faccia qualche nuoto.

E così il prof. *Grimelli* (nelle sue « Osservazioni sul *mal di mare* ») nel *metodo preventivo praticabile avanti l'imbarco, stando in terra*, propone d'assuefarsi preventivamente ad agitazioni simili a quelle di mare, esercitandosi all'altalena versatile e al pendolo animale, consistente nell'individuo ritto in piedi su base di sostentamento pensile ed oscillante. L'assuefazione a simili esercizii (nota il sullodato) fa che i vetturali, i postiglioni, i ballerini, i funamboli *si ridono delle marine angoscie altrui;* e come le persone addomesticate agli esercizj ginnastici, cavallereschi, equitanti, non che ai simposii generosi, colle libagioni iterate, vadano immuni dal *mal di mare* o lo soffrano leggermente (« Annali di chimica », ottobre 1855).

Ciò valga, proporzionatamente, anche per gli altri generi di moti insoliti, di inassuefatti trasporti, di evoluzioni vorticose. Dobbiamo prepararvi addestrati mano mano i nostri sensi, onde dalla subitanea rappresentazione dei rapidi movimenti apparenti degli oggetti non avvenga indi, quando che sia, la sensoriale confusione.

Sull'atto del periglio, havvi un caratteristico ed essenziale ordine di mezzi diretti, onde cansar meglio codesti disordini delle sensazioni. Crediamolo a chi li provò.

« Cessava subito (la vertigine) ch'io impiegava con molta energia la mia attenzione al maneggio delle corde e delle vele, ritornando tutte le volte ch'io mi distoglieva dalla mia attenzione ». (*Darwin*).

Noi, allorchè viaggiamo in cocchi a ritroso, soffriamo facilmente di vertigine. Abbiamo, a nostro costo, provato, che tale sconvolgimento ci capitava più agevolmente, se avessimo tenuti rivolti gli occhi fuori del calesse agli oggetti circostanti; mentre ci siamo assicurati ch'era più facile schivarcene col tener fissato lo sguardo sopra le persone nosco viaggianti o sugli oggetti contenuti nel mezzo di trasporto, cioè muoventisi con noi.

È pur facile di prevenire il capogiro col tener gli occhi serrati per tempo.

« Après avoir valsé, le meilleur moyen, le plus sur moyen d'arrêter la vertige, c'est de fermer les yeux un instant; à bord, le meilleur parti à prendre contre le *mal de mer*, quand on est assis et le regard fixé sur un point, si on a pu le prévenir, c'est de se coucher en fermant les yeux. Cette dernière précaution est le moyen prophylactique par excellence, si on l'exécute avant que le navire se mette en mouvement; il est très-rare, en effet, que les personnes qui y ont recours tout d'abord, soient incommodées du *mal de mer* ».

(*Armand*, *Du mal de mer*, « Nouvelle Encyclographie des sciences médicales », 1854, mars, pag. 102, 103).

Giova quindi l'evitare e prevenire la illusione fuggitiva e turbinosa degli oggetti, e per tal modo mantenere il sensoriale giusto rapporto della nostra persona inverso ai medesimi.

Fino a qui trattossi però soltanto delle facili sì, ma meno gravi *illusioni visive* della vertigine. Ora è ben dimostrato, che nel *mal di mare* e nelle analoghe vertigini un altro elemento sensorio di più alta importanza statico-locomotiva rimane fortemente turbato. — Ed è il *senso muscolare*.

Or bene. A questa bisogna ha egregiamente pensato (benchè per non eguali mire teoretiche) il prof. *Grimelli.* Egli ben suggeriva, in quel suo metodo *fisico-meccanico*, quanto segue:

1.° Collocare l'individuo in prossimità del centro della nave (ove gli urti sono minori), e posarlo sopra una base di sostentamento ondeggiante, come sarebbe adagiandolo sopra cuscini pneumatici od otri rigonfi d'acqua, coi piedi alzati e rimossi da ogni tavola e altro corpo rigido. (Per tale modo si toglie il *senso muscolare* a tutte le sue impressioni delle ondulanti manchevolezze della resistenza. È nè più nè meno, che il chiuder gli occhi, in analogo esempio d'evitare le *visive illusioni*).

2.° Quando la nave sia agitata da poppa a prora, gioverà collocarsi da poggia a orza; e quando sia agitata da poggia a orza, gioverà invece collocarsi da poppa a prora, con la faccia rivolta al centro della nave e il dorso all'infuori.

3.° I cavalli dovranno anch'essi essere collocati possibilmente lontani dalle estremità della nave, e posare sur un tavolato sostenuto centralmente da un corpo sferico rigido e agli angoli da molle elastiche resistenti al peso dell'animale, ma pronte ad oscillare ad ogni urto della nave ondeggiante.

4.° Spostare verso alla base di sostentamento il centro di gravità.

5.° Gioverà l'indossare una veste o *mutanda* ben pesante foderata con lamina di piombo, cinta fermamente attorno alle anche e ricinta attorno alle coscie ed alle gambe fino al collo del piede.

6.° Per mantenere l'equilibrio del sistema muscolare, i naviganti devono disporsi attorno ad una tavola imperniata su un fulcro centrale, poggiando e mantenendo poggiate le mani all'orlo della tavola, stando in piedi o su sedili elastici.

Le riportate parole vennero tolte dall'*estratto* che (negli « Annali di chimica », ottobre 1855) il signor Sinistri faceva delle *Osservazioni* del prof. *Grimelli*. (Il *mal di mare* esaminato nell'uomo e nel cavallo per prevenirlo e curarlo, ecc.).

Questi consigli non hanno bisogno di verun commento per la loro esplicativa aptazione verso alla causa e natura, che noi esponemmo per la *vertigine tattile*. Ed anzi amammo riportare testualmente i consigli del prof. *Grimelli*, onde ancor meglio dai vantaggi curativi e da una sì indiretta confessione altrui emerga pel lettore e per noi la aggiustatezza del nostro principio fisio-patologico sulla vertigine del *mal di mare*. Tutto riducesi nel sottrarre il senso *muscolare* dalle oscillanti illusioni del mancato appoggio, e nel porgergli una maggiore sicurezza, franchezza e direzione del resistente sostegno.

Aggiungiamo alcuni altri analoghi consigli, i quali, mentre pure cospirano allo scopo profilattico del *mal di mare*, eziandio ben concorrono a positivarne la natura per noi ammessa e rischiarata.

Ed eccoli, in base alle pratiche osservazioni di varj chirurghi di marina:

1.° Prima di tutto, giova moltissimo a prevenire, sospendere e vincere la vertigine, il *chiudere* o *tener chiusi gli occhi*. Noi l'abbiamo indicato e provato per gli analoghi incomodi del *mal delle vetture* (*mal de voiture*, o *petit mal de mer*). Egualmente rassicurasi (vedi il sopra citato testo di *Armand*) pel *mal di mare*.

2.° Simile vantaggio si ha colla *occupazione*, cioè coll'impegnar la vista sugli oggetti muoventisi con noi, e distrarla così dalle illusioni estrinseche alla nave.

« Il serait encore mieux de prendre part aux rudes travaux de l'équipage pour la manœvre du navire ».

(*Fischer*, De la thérapeutique du *mal-de-mer*. « Nouvelle Encyclografie », ecc., 1848, mars, pag. 255).

3.° Altri felicemente riuscì colla seguente manovra: — « Il nous vint à l'idée de nous placer debout, au centre du pont, les jambes écartées, les fléchissant alternativement, de façon à corriger l'inclinaison de droite a gauche et de gauche à droite de notre base de sustentation. Le jeu des extrémités inférieures permettait à la tête de rester dans un même plan, et nous avions soin de suivre du regard un point fixe du gran mât. Nous n'eûmes point le *mal-de-mer* ». (*Armand*, c. s., pag. 100).

I lettori ben s' avvedono, qualmente, coll'alternativo poggiare ancajone contro all' altalena della nave, si correggeva egregiamente e si evitava al *senso muscolare* la facile illusione dell' ondulante appoggio.

4.° *Atkinson* consigliò recentemente di mettersi seduti e di prendere in mano un bicchier pieno d'acqua, sforzandosi di tenerlo in equilibrio.

I vantaggi emergenti da cotesto empirismo noi li scorgiamo a tutta luce nella richiamata attenzione ed energia verso alla sensoriale coordinazione motrice,... abbenchè il suddetto Autore intendesse dare quel consiglio per far *esercitare dei movimenti volontarj, i quali debbono elidere ed annullare l'effetto dei movimenti involontarj risultanti dalla combinazione du roulis et du tangage.*

5.° È cosa nota, e notata per tutti i marinari e per tutti gli scrittori, pel *mal-di-mare*, qualmente cotesto si eviti maggiormente, e maggiormente si ripari collo starsi *sdrajati* o col mettersi in *posizione orizzontale.*

« L'on souffre moins étant *couché que debout* (le fait est constant et sans exception) ». (*Ch. Péllardin:* Du *mal-de-mer* et des diverses opinions, etc. « Nouvelle Encyclographie », ecc., 1850, déc., pag. 29).

« La position horizontale est la seule que l'on puisse garder; on se couche, on ferme les yeux, pour ne pas voir redoubler les angoisses, dont on est torturé ». (*Armand*, c. s., pag. 94).

La costante, ineccepibile e singolare circostanza ora indicata riesce cosa ovvia e pianissima secondo la nostra dottrina. E propriamente, colla *posizione orizzontale* e collo starsi sdrajati, offronsi alla possibilmente maggiore estensione del nostro corpo i più numerosi punti d'appoggio da farne guadagnare e da farne rassicurata e più sentita la stabilità corporea, e presentasi ai nostri muscoli una più vasta base d' affrancazione.

Adunque, sia per ischivar la vertigine, sia quand' ella è già in corso o già compita, ottimo contrario mezzo è la posizione distesa o supina o prona a tutto corpo per terra. Ciò ben fanno istintivamente e con sollievo i ragazzi dopo i loro trastulli di circonvoluzione, onde poi risorgono più rassicurati alle novelle prove (1).

6.° Suolsi suggerire di non mettersi a bordo con istomaco affatto digiuno, ma non obeso.

Suolsi propinare dalla pratica marinaresca la libagione di qualche spiritoso ed alcoolico.

E ciò bene sta.

Come altrettanto crediamo utile, per la ulteriore dissipazione della vertigine, la somministrazione di quei *narcotico-anestetici*, i quali assopiscano la sconvolta funzione *percettiva*, e con un sonno artificiale sostituiscano un affrettato riposo ed una anticipata calma alle turbe sensorie.

Già, contro questa specie di vertigine (*a motu rhedae aut navis*), il *Gorterio* aveva ben raccomandato i *paregorici*, la *teriaca*, il *vino del Reno* col succo di limone e col siroppo diacodio.

---

(1) La *quiete*, la *tranquillità*, il *sonno*, cui raccomandava il medico-visir contro alla vertigine obbiettiva, devono compirsi su letto non *elastico*, ma *resistente*, — dopo che il viaggio sia compito e che l' ammalato sia a terra, fuori del calesse o fuori della nave. Entro ad essa od esso, invece, parrebbero (secondo *Grimelli*) più utili i sostegni *elastici*.

E così non dissente anche il *Borsieri.*

Un altro soccorso venne encomiato fino dal tempo romano, e poi dal medico-visir, e apprezzato dallo stesso *Frank* contro a codesta specie di vertigine: ed è l'*aceto forte. Perquam utile vertiginosis*, lo diceva *Plinio.*

Avicenna, dopo di avere scritto, che la vertigine, prodotta da circumrotazione e per guardar dall'alto, *curasi colla quiete, colla tranquillità e col sonno*, soggiunge: — « Si non cito sedatur, tunc sumat *stiptica acetosa,* et frangat bucellas in eis, et sumat ipsas ».

E nel regime dei viaggiatori per mare raccomandava di far uso di frutta conservate nell'aceto, del succo d'uva acerba con timo, di pane franto nel vino generoso o in acque spiritose (lib. I, Fen. 3.ª, Doctr. 5.ª, Summa, capit. 8. *De regimine viatoris in mari*).

E noi trovammo buono l' aceto in siffatti non rari contingenti, per vertigini indotte dal viaggiare a ritroso, dal ballo o d' altro simile.

Eppure *Trousseau* e *Bretonneau* si vantarono degli *alcalini!*... Ma per che fare? — Per combattere le cause *gastriche*, le dispepsie *acide* predisponenti alla vertigine.

E fino a qui lo concedemmo: — cioè per quanto si trattava di *curare un'altra sorta di vertigine* (come più oltre vedremo.

Gli *acidi*, gli *spiritosi*, gli *anestetici* fondano i cardini complessivi del metodo *fisiologico-igienico*, che il prof. *Grimelli* propone contro il *mal-di-mare.* « Il metodo *fisiologico-igienico* (ne scrive al relativo trasunto il sig. *Sinistri*) consiste nel rendere la macchina vivente insensibile e impassibile agli istantanei e frequenti impulsi della nave, con mezzi e agenti *ipnotici* e *narcotici* (le pratiche sonnifere mesmeriane, le correnti elettro-magnetiche contro i vomiti dinamici, e fra gli agenti narcotici le sostanze alcooliche, eteree, aromatiche associate tra loro in determinate proporzioni, come un composto di uno di alcoole, un centesimo

di etere, un millesimo di canfora, associato per alcuni centesimi a un mestruo acquoso sia d'acqua vinica, di thè, caffè e simili). Torneranno vantaggiose le acque acconcie con alcuni centesimi di *acidi vegetali* (tartarico, citrico, malico, acetico, benzoico, gallico) o con qualche centesimo di sostanze tanniche torrefatte... Raccomanda le limonee gazose. Pel cavallo viene proposta la stessa acqua salina-tanninica, amministrandola coll' intriderne l' avena, o in via potabile, usandovela per la sete. Possono inoltre somministrarsi al cavallo l' avena narcotica del loglio commista all' avena ordinaria, ed altre sostanze narcotiche alcaloidee e salificate, quali la morfina e la stricnina associate nella proporzione di due terzi della prima e un terzo della seconda. Dopo i quali narcotici si potrà trarre partito dai vapori eterei o cloroformici per assopirlo ».

Fin qui parlammo solamente della vertigine *eccentrica-nervosa* od *obbiettiva*, alla quale, e non altrimenti, crediamo appropriati i testè suggeriti mezzi di cura. Nè altri sia *giammai* per ritenere estensibili codesti suggerimenti alle altre specie di vertigine, contro alle quali anzi eglino riuscirebbero spesso gravemente dannosi. E così i *narcotici*, la *posizione supina* aggraverebbero la vertigine *pletorica ed alcoolica;* e così al rovescio le *purgagioni* ed i *salassi*, raccomandati per queste, esacerberebbero violentemente (come già ben faceva notare *Trousseau*) la vertigine attualmente in discorso.

Non ommettiamo di osservare, qualmente quelle passaggere vertigini d' analoga natura della presente e che produconsi da confusione sensoria per troppo assidua applicazione della vista e dell' udito, per lettura continuata e minutissima, per frastuoni, per abbagliamento, riconoscano una prima indicazione e quasi unica e bastevole nell'allontanamento della causa provocatrice. La distrazione, il riposo, il sonno, la quiete, la calma, il ritiro, ne sono altrettanto semplici, quanto pronti e sicuri mezzi di ristabilimento.

Il lettore ci voglia condonare, se per ogni singola specie di vertigine noi ci permettiamo di esaurire addirittura l'occorrente trattazione della partita eziologica, nosografica, prognostica e terapeutica. Troppo son elleno distinte per tutti codesti elementi, perchè sia dato di rassembrarne in una confusa massa le competenti diversità. E se dall'un canto, per siffatta particolarizzazione, speriamo dissipare le contrarianti caligini, che s'addensano e si combattono su queste plaghe diverse di un campo complessivo, onde sia data ragione ai contradditorj piani curativi delle suddette; d'altro canto ne frutteremo ampia e feconda messe per nettamente stigmatizzare le specie diverse della vertigine.

Il che è appunto precipuo scopo di questo lavoro, che tende ad adequare i veri mezzi curativi alle speciali nature della vertigine.

§ 5.° — Noi intendiamo assembrare sotto alla categoria della vertigine *eccentrica-nervosa* od *obbiettiva:*

1.° Il *mal di mare;*

2.° Il *mal di vettura* (*mal de voiture*);

3.° Il male del ballo e della roteazione assai prolungata;

4.° Il male dell'altalena, del giuoco del giro, del dondolo, e di simili movimenti;

5.° Il capogiro prodotto da tutte le illusioni e confusioni sensoriali esterne che discorremmo al 1.° capo della prima parte.

Codeste affezioni sono perfettamente eguali nella loro natura; e non rappresentano se non se la vertigine a base ed elemento *visivo* e *tattile.*

Ed aggiungiamo: Codeste affezioni sono perfettamente eguali anche nella loro essenza eziologica.

Parrà audace e forse strana codesta duplice proposizione, specialmente a chi, nella patologia del *mal di mare*, abbia udito parlare, come di essenza morbosa del medesimo, di *intossicazione miasmatica-marina* (*Semanas*), di

chatouillement du diaphragme (*Kéraudren*), di *anemia cerebrale* (*Péllardin, Fischer*), di *nevrosi gastrica* (*Broussais*), di *cardialgia acuta* (*Gendrin*), di *concussione meccanica viscero-addominale* (*Jobard*), di *spavento, peur du péril* (*Guépratte*), di *agacement de la moelle* (*M. Hall*), di *concussione del centro epigastrico di gravità corporea* (*Grimelli*).

Ci trarremo troppo fuor del seminato a voler confutare a parte a parte la insussistenza di codeste opinioni . . . e ci è giuocoforza qui limitarci alla *parola d'ordine:* La scienza finora ha scartate tutte queste dottrine.

Chi concilierebbe mai colle suddette ipotesi lo schivarsi del *mal di mare* pel *chiuder degli occhi*, per la *posizione orizzontale*, — e tante altre evenienze tracciate nel presente capo e nel capo 1.° della 1.ª parte?

Ma non volendoci permettere un troppo lungo episodio sulla pur facile confutazione delle altrui succitate dottrine, e quindi sulla indiretta dimostrazione della nostra opinione, colla logica di esclusione, intorno alla natura del mal di mare; non possiamo trasandare un breve tocco delle prove, che direttamente vi ci confermano.

Premesso, che una immensa moltitudine d'altre cagioni può concutere in mille e violenti modi le viscere, il centro di gravità, il midollo oblungato, ecc., senza che giammai se ne produca nulla d'analogo al tremendo *mal di mare;* — e bastandoci all'uopo ricordare pur solo il cavalcamento; — e pure avvertendo che l'analogo *mal di vettura* succede piuttosto sui calessi *a molla*, anzichè sui carretti duramente trabalzati, e che analoghi incomodi avvengono col molle ondeggiare dell' altalena anzichè pei rudi e bruschi sobbalzi; — consideriamo, che:

1.° Al vomito ed a tutti i patimenti gastro-precordiali del *mal di mare* e simili, *precedono* infallantemente le *turbe sensoriali*, descritte al § 2.° del presente capo. Da quelle muove il primo elemento del male. Quelle sono impertanto la base primigena del *mal di mare.*

Sentiamolo da tutt'altro che preopinate testimonianze.

« Lorsque l'on a cessé de pouvoir se rendre compte des mouvements combinés auxquels on est soumis; que l'on s'est dérouté dans toutes les allures; qu'à travers les cordages on voit tantôt le ciel, tantôt la mer, tantôt le pont, tantôt les mâts, tantôt les vagues, tantôt les bastingages de l'avant, tantôt ceux de l'arrière; tout semble voltiger en l'air au milieu d'un tournoiement général; et la perturbation de toute sensation amène le vertige. A ce moment, on éprouve un insopportable ptyalisme, des nausées de plus en plus fortes, puis des vomissements qui accablent ». (*Armand*).

« Dans la production du vertige, qui *précède les vomissements nautiques*, il faut faire une part à l'impression résultant de la vue des objets, qui paraissent alternativement s'élever et s'abaisser par rapport au vaisseau, sur lequel est placée. Que l'on promène un instant ses regards sur cet horizon toujours oscillant et mobile; qu'on les arrête sur le sillage du navire, ou bien sur l'eau qui semble fuir le long de ses flancs, c'en est assez quelquefois pour déterminer la crise .... Néanmoins, l'impression visuelle, malgré son influence avérée sur le développement du *mal de mer*, n'est pas (comme *Darwin* et quelques autres l'ont prétendu) la cause essentielle des nausées maritimes, car on les éprouve ainsi dans l'obscurité. Est-il besoin de rappeler, à ce propos, ce qui arrivait du temps de la traite, aux malheureux Noirs entassés dans la cale des bâtiments nègriers? La privation du jour ne prévenait point parmi eux le *mal de mer*, qui s'ajoutait à toutes les autres souffrances ». (*Péllardin*).

No: pur troppo. Non la sola vertigine *visiva*, ma la più grave, la vertigine *tattile* è quella che giuoca eminentemente nell' accampare il terribile *mal di mare*. Quando al navigante *per di sotto sfugge il mal sentito appoggio*, quando s'adima il bastimento, è in allora che più si svolge il *mal di mare*.

« La crise du *mal de mer* se fait sentir pendant l'abaissement du navire et jamais pendant son ascension ». (*Jobart*).

Era ben naturale.

Alloraquando il sostegno vi monta ed ascende contro al poggiare delle vostre piante, è che il *senso muscolare* delle stesse se lo sente per di contro mano mano e vieppiù affrancare e ponzare, in tal momento o non si verifica o diminuisce la illusione *tattile* della fuggente resistenza del sostegno corporeo.

2.° Può darsi e si dà talora la sola prima fase del *mal di mare*, che si limita ai disordini vertiginosi; senza andare fino alla gravezza dei fenomeni cardiaci e ventricolari. L'esempio ordinario ci se ne offre anche nel *mal di vettura* (*mal de voiture*), cui *Péllardin* avrebbe quindi bene stigmatizzato per le *mal de mer en petit.*

Servano in proposito le sopra allegate testimonianze.

3.° « Les preuves, que le *mal de mer* dépend essentiellement des mouvements de roulis et de tangage, sont si evidentes, qu'il est, pour ainsi dire, superflu de les enumérer. Le mal survient sous l'influence de ces mouvements; il est en général proportionné à leur étendue ». (*Pellardin*).

4.° Basta assuefare i proprj sensi della vista e del tatto alla ondulazione degli oggetti, che il *mal di mare* si sa schivare. Ciò è sì ben confessato da uno scrittore, il quale sul conto della nostra opinione può ritenersi affatto spregiudicato ed imparziale, che non possiamo a meno di allegarne le ben significanti parole. — « Cette habitude, que l'on prend bientôt de marcher à bord en tout temps, en restant maître de son équilibre, de ses allures, de sa position visuelle, et qu'on résume par ces mots: avoir le pied marin . . . ».

« N'aurait de prise, que sur ceux, qui prennent le vertige par le tournoiement des objets, et cesse dès que l'œil

» un point fixe, pour se reconnaitre, ou acquirent l'habitude d'analyser les mouvements d'un navire ». (*Armand*).

§ 6.° — Non vogliamo distaccarci da questa prima provincia delle vertigini, senza tentare una soddisfazione esplicativa ed evasiva di fisiologica ragione a quei fenomeni di vomito, di ambascia, di cardiopalmo, i quali accompagnano pressochè tutte le forme dell'alto grado della vertigine.

Imperocchè (quantunque ne possano essere diversi i fattori eziologici, e diversi i quindi corrispettivi elementi terapeutici) è pur sempre una nel suo locale fattore patologico la vertigine; ella è sempre *un turbamento delle sensazioni colla conseguente impotenza e disordine dei moti spontanei.*

Non occorre dire intanto, qualmente lo smarrimento, lo sbigottimento morale dei vertiginosi significhino evidentemente la incertezza del nostro spirito, che quasi impaurito e con una peritosa titubanza cerca e non sa e non può ravvedere, correggere, rettificare quelle illusioni e quelle fantasime, cui pur conosciamo bugiarde e fittizie.

E non è pur uopo adesso di spiegare ciò che amplamente emerse dal già detto: qualmente a quelle scompositezze di sensazioni visive-acustiche-tattili conseguano i mal sicuri e squilibrati vacillamenti e tremiti, la caduta della persona, ed il non sapere più dove e come ci troviamo. Quella *scotomia* (che dicono i nosografi) e quella caligine visiva rappresentano il colmo della confusione ottica.

Preme indagare il motivo anatomo-fisiologico del vomito, del cardiopalmo, della irregolarità dei battiti del cuore, dell'ambascia, della sincope. Codesti fenomeni costituiscono il culmine dei patimenti vertiginosi.

Qualunque sia il modo misterioso onde vengono malamente affetti i *centri sensoriali* in loro funzionale turbazione per le vertiginose confusioni percettive della vista, dell' udito e del tatto muscolare: egli è pur sempre certo e dimostrato della fisiologia sperimentale, qualmente essi

organi vengano costituiti dalle *lame ottiche* e dal *cervelletto*, precipuamente anzi dal *cervelletto*, per ciò che spetta alla regolarizzabile coordinazione *muscolo-sensoria* dei movimenti spontanei. E non è appunto, se non alloraquando la vertigine viene spinta fino alla confusione del *senso muscolare* e della mancata sicurezza dell'appoggio alla stazione ed alla locomozione, che arrivano in iscena i suddetti gravi fenomeni. I quali evidentemente sono generati dal Parvago, per la sua notoria innervazione sul ventricolo, sul cuore e sui polmoni. Esso nervo poi attinge la sua nascita verso al *pavimento del ventricolo cerebelloso* e verso ai *restiformi*.

E la patologia ci ha insegnato che le affezioni le quali compromettono codeste località, vengono ineluttabilmente accompagnate dal vomito, dalle turbe precordiali e sincopali, e dalla loro ambascia.

È cosa consentanea alla buona patologia l'ammettere la compassione degli organi anatomicamente collegati; e, qualunque poi sia il dissesto funzionale, che interessa un organo nervoso (il *cervelletto* nel nostro caso), certamente crediamo non andar fuori del cammino in giudicare, che al suddetto sconcerto (quando sia condotto all'estremo grado) non debbano rimanere estranei in loro funzione quegli elementi organici, i quali stanno intimamente collegati coi primi; i *restiformi* ed il *pavimento del ventricolo cerebelloso* (origine de Parvago) nell'attuale evento.

Un' altra guisa più fisiologica, ma uniforme, la quale spiega l'effetto di codeste turbe riflesse lungo la via del Parvago, è quella che invocherebbe l'azione delle *potenze diastaltiche* ed il nostro influsso delle *emozioni morali*, nel provocare le turbe *precordiali* e *ventricolari*. È inutile il ricordare ai nostri lettori ciò che in proposito la fisiologia e massimamente le dottrine Halliane ci insegnano. E basta solo invece il richiamarci una volta al pensiero lo sgomento e la prostrante emozione onde sono colpiti i vertiginosi al

colmo del loro male (1), per formarci un' idea e fornirci un perchè delle violenti reflesse turbe, che appunto sogliono ordinariamente suscitarsi, per siffatti motivi e per analoghi eventi, al cuore ed allo stomaco. La sola vista del mare e della nave, il loro solo ricordo bastano talvolta a rinnovellare le sofferenze del già patito mal di mare. Chi non sa delle sincopi, delle ambascie, della palpitazione tumultuosa ed irregolare, del peso ventricolare, dell' indigestione, del vomito sotto alle avvilienti emozioni e sotto allo spavento? (*Continua*).

L' elettro-chimica nella idrargirosi; *Nota diretta all' illustre professore* **Polli** *dal dottore* **GIOVANNI FERRINI**, *esercente in Tunisi.*

> La vera induzione è lenta, paziente, ed interroga con ripetuti sperimenti, e molte volte riceve dalla sola fortuna le risposte bramate.
>
> ROMAGNOSI.

Ricca l' arte di rimedii amministrati, povera od almeno poco sicura dell' utile arrecato agli infermi, e talvolta sicurissima del danno ai medesimi cagionato, deve reputarsi vera fortuna, quando rinviensi un mezzo che toglie i danni d' un rimedio, e massime di quello stesso che unitamente ai danni recò tanti vantaggi all' umanità, sicchè d'ora in avanti l'utile non sarà più associato ad alcun inconveniente.

Io intendo parlarvi, o illustre amico, dell' elettro-chimi-

---

(1) « Il est impossible de décrire le sentiment d'abattement profond que le malade éprouve dans ces accés de mal de mer, moralement et physiquement ». (*M. Hall*, « Aperçu du syst. sp. », pag. 97).

ca come mezzo preventivo e curativo dei tristi effetti delle preparazioni mercuriali, ed a ciò m' indusse il lavoro del dott. *Lorinser*, di Vienna, intitolato « Mercurio e sifilide » riportato negli Annali universali di medicina; il quale lavoro tende ad escludere il mercurio come dannoso nel trattamento della sifilide (1).

Fra tutti i metalli terapeutici il più usitato è senza dubbio il mercurio. Io non istarò ad annoverare i vantaggi che questo medicamento recò all' umanità, poichè siamo ai tempi ove la pratica del maggior numero dei medici e chirurghi concorda sull' uso benefico del medesimo; ma non ponno negarsi però i sinistri effetti che furono spesso compagni di questo medicamento. E senza narrare i casi di avvelenamento, chè la storia medica ne ha troppi, io mi arresterò sopra gli effetti che più facilmente producono i preparati mercuriali, e che sono i meccanici, o, come generalmente diconsi, gli irritativi descritti da varii autori; tra i quali irritativi sono compresi il ptialismo e lo stomacace mercuriale.

I fenomeni della salivazione in alcuni casi durano assai tempo e perfino degli anni, anche dopo che l'applicazione del mercurio è affatto cessata, e quello che più sorprende si è, che essa qualche volta si riproduce a lontani intervalli di stagione senza che la mercuriale cura sia stata menomamente rinnovata. *Fordyce* fa cenno di una salivazione che, dodici anni dopo sostenuta una cura mercuriale, ritornava per qualche settimana ed a vicenda scompariva (2). Ciò prova che il mercurio introdotto col suo uso interno od esterno, può restare nel corpo per assai lungo tempo, senza che (nelle circostanze ordinarie) se ne possa sco-

---

(1) V. fascicolo di giugno 1858, pag. 633.

(2) Ven. Diseas. Review. *Mathias.* « Del morbo mercuriale », trad. di *Gensana*, 1818, pag. 56.

prire alcuna traccia, come appunto spesso succede nell' idrargirosi cronica, i cui sintomi sovente sono mascherati, o pure sono ritenuti per sintomi sifilitici o per sintomi di artritidi, o per ordinarj sofferimenti nervosi e come tali curati, o solo riconosciuti di rado nella loro vera natura. Tutti questi ed altri inconvenienti si ponno, a mio credere, prevenire o togliere, allorchè già esistono, coll'elettrochimica.

L' idea d' introdurre delle sostanze medicamentose nell' organismo vivente per mezzo dell' elettricità è idea italiana e comincia dal principio di questo secolo, quando nel 1802 e 1803 *Rossi* lo tentò pei mercuriali, per evitare i danni delle loro azioni sullo stomaco, e soprattutto per limitare queste a certe determinate regioni. Il trasporto dei medicamenti attraverso del corpo per mezzo dell'elettricità, suggerì forse l' idea di estrarre anche dal corpo colla medesima le sostanze metalliche. Comunque sia, il primo che esperimentò l'elettro-chimica nell'estrazione dei metalli introdotti e soggiornanti nell'organismo per rimedii presi o per l'uso dei metalli nelle arti, fu *Andrea Poey*, americano, al quale fecero eco con ripetuti esperimenti *Vogel*, *Morice* e *Vergnes* (1).

Non appena questa notizia giunse all'orecchio dell'egregio mio amico e collega dott. *Heap*, americano, dell'Università di Pensilvania (Stati Uniti), ora stabilito in Tunisi, me ne fece parola, ed insieme convenimmo essere facile ricorrere all'esperimento, almeno per il mercurio, come quello che più facilmente ne suole prestare occasione al medico. Infatti non andò guari che al succennato medico si presentarono tre casi d'idrargirosi ed altrettanti a me, i quali furono da noi sottoposti all'elettricità.

Osservazione 1.ª — Madama Wood, moglie dell' illustrissimo

---

(1) « Annali di chimica », del dott. *Polli*, vol. XXI, pag. 41.

sig. Console inglese in Tunisi, essendo stata affetta nell'estate del 1856 da dissenteria, durante l'epidemia cholerica che allora serpeggiava, le fu amministrata da un medico maltese la dose di 10 grani di calomelano. Dietro tale amministrazione essendo insorti alcuni dolori intestinali, le fu dato, da persona estranea all'arte medica, piccola dose di laudano che impedì l'azione purgativa del calomelano, il quale restando nell'organismo diede luogo ad un forte ptialismo, per guarire del quale ricorse al dott. *Heap*. Questi pose la malata in un bagno ai piedi, d'acqua leggiermente acidulata (1); il bacino metallico del bagno, isolato, comunicava col polo negativo di una corrente elettrica molto energica, il polo positivo si pose in una mano della paziente. — La sedia nella quale era adagiata era pure isolata col mezzo di quattro bicchieri posti ai quattro piedi. Il mercurio di cui era inquinato il corpo della paziente non tardò a precipitarsi per azione elettro-chimica sulle pareti del bagno, sulle quali, essendo di rame, facilmente scorgevasi il colore del mercurio. Il processo durò un'ora, ed in due giorni tutti i sintomi d'idrargirosi erano totalmente dissipati.

Osservazione 2.ª — Nella stessa epoca succennata un maltese, che fu da me curato da grave cholera-morbus con forte dose di calomelano, presentavasi al dott. *Heap* per essere curato da grave stomatite mercuriale, con alito specifico, con salivazione abbondante, con tremito dentario, e con ulcerazione in varii punti della mucosa parietale della bocca. Sottoposto il paziente all'elettricità col narrato processo per un'ora circa, si vide ben presto precipitare il mercurio sulle pareti del bagno. Già al secondo giorno era chiaro il miglioramento, poichè tutti i sintomi della stomatite erano assai diminuiti, ed in pochi altri giorni fu perfettamente guarito.

Nella 3.ª *Osservazione* mi trovai presente, avendomi l'amico

---

(1) Probabilmente con acido idroclorico, o nitrico, giacchè sebbene l'Autore qui non lo indichi, nella Memoria di *Poey* e *Vergnes*, di cui fece cenno *Dumas* all'Accademia delle scienze di Parigi (29 gennajo 1854) è specificato l'acido idroclorico o il nitrico per il mercurio, l'argento e l'oro, l'acido solforico per il piombo.
Polli.

dott. *Heap* pregato di volerlo assistere nell'esperimento. Trattavasi di un certo Disegni, israelita, livornese, al quale per lieve cholera-morbus fu opportunamente amministrata buona dose di calomelano. Superato il morbo gangetico, insorse la stomatite mercuriale con dolori vaganti, osteocopi, che già datavano da varie settimane e che andavano sempre più esacerbandosi. Sottoposto il paziente al solito processo elettrico, fu anche qui visibile il mercurio precipitato sulle pareti del bagno, ed il benefico effetto si fece sentire in poche ore; in due o tre giorni l'individuo fu pienamente ristabilito.

Osservazione 4.ª — 27 ottobre 1857. — Un israelita tunesino, d'anni 30 circa, trovavasi affetto d'adenite inguinale venerea; gli fu amministrato da un empirico, non so qual dose di calomelano, unitamente alle frizioni mercuriali all'ingorgo inguinale. Dopo sei giorni di detto metodo curativo succedè forte stomatite specifica con ulcerazione alle gengive, ecc.; per guarire della quale fece ricorso a me. Io stesso sottoposi il paziente all'elettricismo col già descritto processo, e l'espulsione del mercurio venne provocata in modo che dimostrò la sua presenza sulle lastre di rame che io misi appositamente nel bagno, perchè il recipiente era di terra. Il 29 lo stato delle parti è assai emendato. Nel successivo 30, l'ulcerazione delle gengive è tolta. Il 31 non più tumidezza, nè rossore nelle gengive, tornate allo stato normale. Sottomisi in seguito il paziente per circa 15 giorni all'idriodato di potassa per combattere i fenomeni celtici superstiti, e poscia l'ammalato fu da me congedato presumibilmente guarito, poichè più nol vidi.

Osservazione 5.ª — 15 maggio 1858. — Ad un ragazzo di 7 anni, affetto da gastricismo febbrile con fondata congettura di elmintiasi, furono da me amministrati 7 grani di protocloruro di mercurio. Svanito il gastricismo ed il sintoma febbre, ne insorse lo ptialismo, il quale esacerbandosi sempre più, sottoposi il giovane paziente il 19 di detto mese all'elettricismo; e sebbene il colore del mercurio non fosse visibile sulle lastre di rame, pure il 20 i sintomi orali erano in gran diminuzione, ed il 21 il fanciullo fu perfettamente guarito.

Osservazione 6.ª — 2 agosto 1858. — Un soldato musulmano affetto da ulcero primitivo, fu da me sottoposto alla cura mer-

curiale coll'aggiunta di pillole drastiche per prevenire l'idrargirosi; ma malgrado ogni precauzione non tardò a comparire la stomatite specifica accompagnata da ulcerazione orale assai estesa e da salivazione assai profusa. Il 5 sottopongo il mio malato all'operazione elettrica col solito processo, senza però sospendere la cura mercuriale. Il giorno appresso ben lungi dall'esacerbarsi la stomatite, trovo la salivazione in diminuzione ed il turgore delle parti assai minore; ripetesi il pediluvio elettrico e mostrasi per la seconda volta, sebbene meno visibile, il colore mercuriale sulle lastre di rame poste nel bagno. Il 7 il ptialismo è quasi svanito e l'ulcerazione orale procede verso la cicatrizzazione. Il 9 non più ulcerazione, non più ptialismo e restituzione della bocca allo stato normale. Il pediluvio elettrico viene da me ripetuto ogni due giorni per prevenzione, perchè non essendo ancora totalmente sparita l'ulcera dal glande, continuai sulla medesima la soluzione di sublimato corrosivo. Finalmente il 22 di detto mese si cessa ogni cura, perchè perfettamente guarito.

Queste, sebbene poche osservazioni, pure parlano abbastanza chiaro per incoraggiare il pratico coll'elettro-chimica ad impiegare d'ora in avanti i mercuriali con maggior arditezza non soltanto nelle malattie veneree, ma in molte altre e particolarmente in tutte quelle del sistema linfatico-glandulare per la loro azione elettiva su questo. Sparirà in avvenire quella timidità, massime nelle cure antisifilitiche, che non di rado teneva, in passato, inceppato il giovane medico, lasciando così al morbo libero il varco a percorrere tutti i suoi sinistri periodi; perchè quand' anche i sintomi d'idrargirosi si mettessero in campo, nel bagno elettrico si troverà il pronto rimedio. E in quei casi ove il mercurio non è tollerato e pure si rende indispensabile ad ottenere la guarigione dei fenomeni celtici, basterà forse associare unicamente l'uso dell'elettro-chimica ai preparati mercuriali. Dico forse, perchè non basta a ciò un caso nel quale sperimentai; per essere autorizzato a dire che in tutti accadrà lo stesso, occorre che gli esperimenti siano ripetuti in una scala estesa d'infermi, cosa che potranno facilmente

eseguire i sifiliologi e tutti quelli che hanno occasione di curare molti sifilitici, se pure il guaco non cancellerà il mercurio dalla terapeutica antisifilitica, come lo fecero sperare le belle esperienze del chiarissimo cav. *Massone* e quelle ultime del dotto mio amico cav. *Turchetti*, che celebrò quest' arbusto dell' America meridionale, non senza ragioni tradizionali, analogiche ed esperimentali, quale antivirus universale (1).

Inoltre il bagno universale elettrico potrà con profitto essere messo in esecuzione da quelli che riportano qualche danno pel maneggio continuo del mercurio, come dai fabbricatori di specchi, di barometri e di termometri, dagli orefici e dagli indoratori, che maneggiano il mercurio anche ad elevata temperatura, per cui più facilmente patiscono l'influenza dei suoi vapori, e massime poi dagli scavatori delle miniere di mercurio, i quali non giungono ordinariamente a campare oltre i tre anni (2). In una parola, questo ritrovato sarebbe l'antidoto migliore contro il veneficio idrargirico e finirebbe per sparire dalle nosografiche tabelle il così detto morbo mercuriale.

Sono d' avviso che l' elettricismo nelle stomatiti mercuriali sia anche da preferirsi al clorato di potassa (muriato ossigenato dell'antica nomenclatura) perchè l'azione di quest'ultimo rimedio è più lenta. È vero che questo preparato è riuscito mirabilmente nelle mani di *Herpin*, di *Blaché*, di *Trousseau*, di *Bonnet*, di *Bertrand*, di *Ricord*, di *Daveri*, dei *Gamberini Pietro* ed *Alessandro* e di altri, e recentemente il chiarissimo mio amico *Galligo* richiamò l'attenzione in proposito, appoggiando il proprio asserto a felici contingenze cliniche (3); ma è vero altresì che, qualche

---

(1) Vedi Annali univ. di med., fascic. di maggio 1858, p. 319.

(2) Vedi *Fallopio* « Trait. de metal. et fossilib. », lib. 4.

(3) Vedi il « Tempo », Giornale di med. e chir., e scienze affini. Febbrajo 1858, fasc. 2.°

volta, malgrado il clorato di potassa, i fenomeni d'idrargirosi ricompariscono, mentre col processo elettrico, una volta escito il soverchio mercurio circolante nell'organismo, i fenomeni d'idrargirosi sono svaniti per sempre; ed è per le stesse ragioni che l'antepongo anche al clorato di soda, ultimamente suggerito dal *Gamberini* a preferenza del clorato di potassa (1).

Prima di ultimare questa nota permettetemi ancora, o illustre amico, una riflessione che mi corre alla mente; ed è che negandosi da alcuni, e tra gli altri da *Cullérier*, che il mercurio stesso possa percorrere entro i vasi sanguigni, la elettro-chimica ne darebbe una prova manifesta e corroborerebbe, oltre i tanti fatti, le esperienze di *Colzon*, il quale salassando diversi individui nel corso di una cura idrargirica, fece cadere il getto del sangue sopra una lamina ben netta di rame e sulla medesima scorse in appresso una amalgama costituita dall'unione del mercurio col rame medesimo.

Resterebbe ora a domandare: come agisce l'elettricità nell'espellere il mercurio dal nostro organismo? Non essendo facile penetrare *ove chiave di senso non disserra*, nè volendo spaziare nel campo delle ipotesi, limitiamo le nostre indagini a conoscerne e spargerne gli effetti, e ripetiamo col grande *Newton*, che gli uomini anche i più sapienti non sempre arrivano a scoprire gli arcani della natura; per cui diceva a buon diritto l'immortale Romagnosi che « il più grande errore degli uomini è il non volere persuadersi che la massima parte delle cose che si questionano, sono al di là dei termini del nostro intelletto, e che la nostra scienza non è scienza che di pochi fenomeni (2) ».

---

(1) « Gaz. med. lomb. », 1858, N.° 20, pag. 170.

(2) Vedi « Collez. degli scritti sulla dottrina della ragione ».

Ecco, caro professore, le conclusioni che mi sono fatto lecito di trarre dai succitati esperimenti; ma siccome lo sperimentare è di molti, e l' allontanare nelle esperienze ogni causa d' errore per dedurne poi nette conseguenze è pregio di pochi; nè pretendendo io tenere per vero che quello che anche ad altri sembra tale, essendo principio di Platone: « Id verum quod uniquique verum videatur », perciò ho voluto sottoporle al vostro criterio, perchè così buono quanto valente vogliate convalidarle con nuove prove di fatto, non disperando che col tempo che sempre raccoglie, feconda, ingrandisce i piccoli germi della verità, si possano ottenere oltre i risultati narrati pel mercurio coll' elettro-chimica, non meno felici risultamenti per gli altri veleni metallici, e così ritrarne gran vantaggio l' umanità, non che sommo onore l' inventore *Andrea Poey* (1).

---

(1) Le esperienze che il distinto mio collega dott. *Ferrini* narra in questa Memoria sono di molta importanza; ma per dar loro quel carattere di certezza che permetta di trarne le belle conclusioni a cui egli viene, e di vagheggiarne le utili e più estese applicazioni, avrei desiderato che la precipitazione del mercurio sul bagno metallico fosse stata constatata con mezzi chimici. Il colore mercuriale veduto sul rame del bagno non potrebbe rigorosamente bastare per ammettere che realmente il coloramento superficiale assunto dal rame a contatto di un acido e sotto l' azione dell'elettricità fosse dovuto a mercurio. Io non ho finora ripetuta l'esperienza, ma sarei tentato di credere che un simile coloramento potrebbe esser dato anche da una ossidazione del rame, essendo noto che le varie mescolanze di ossidi cuproso e cuprico che possono formarsi sul rame (per es. sotto l'azione del calore in contatto dell'aria) sono atte a fornire svariatissime gradazioni, più o meno lucenti, le quali appunto furono utilizzate nella produzione delle polveri così dette bronzanti per la pittura *vieux-lac*. Invito perciò il solerte mio collega in una novella occasione a volere occuparsi di togliere di mezzo questo dubbio; ciò che gli sarà facile raccogliendo con dolce raschiamento quella materia che forma il pre-

Aggradite i miei saluti unitamente all' alta mia stima, raccomandandovi di annoverarmi sempre fra i vostri amici.

Tunisi, 10 ottobre 1858.

Sulle malattie interne dell' occhio; *saggio di clinica e d'iconografia ottalmoscopica del dottor* **ANTONIO QUAGLINO**, *medico primario della sala Ottalmica nell' ospedale Fate-bene-sorelle in Milano.* (*Continuazione della pag.* 69 *del precedente fascicolo*).

Articolo 12.° — *Della degenerazione pigmentosa della retina.* (*Retinite pigmentosa degli autori*).

Fra le alterazioni meno frequenti della *retina* merita singolare menzione la *deposizione* di *pigmento nero* che avviene *fra gli strati* di *questa membrana* sotto forma di piccoli punti o di macchiette irregolari disposte a reti e a dendriti, le quali occupano per lo più la periferia della retina stessa senza però arrivare fino all'inserzione del nervo

---

cipitato sul bagno metallico nel quale fu trattato il paziente, e sottoponendola a quei cimenti non difficili, che qualunque chimico conosce, per riconoscervi i caratteri mercuriali. Dal canto mio non mancherò di fare altrettanto, appena mi si presenterà l'occasione di ripetere quelle sperienze.

Non saprei però ommettere di avvertire che *Poey* e *Vergnes*, secondo la relazione sopramentovata di *Dumas*, immergevano tutto l'individuo mercurializzato nel bagno acido, e che ricercavano poi il mercurio nelle acque stesse del bagno, ove pare che alcuni distinti chimici dell'Avana ve l'abbiano realmente constatato. Se il pediluvio elettrico può sostituirsi al bagno generale, collo stesso effetto, sarà un bell'acquisto per la terapeutica che dovremo al nostro dott. *Ferrini*. *Polli.*

ottico. Tale affezione venne osservata nel vivo da *Wan Tright*, da *Graefe* e da *Donders*. Quèst' ultimo poi, che la ebbe a constatare anche nel cadavere, verificò che dette macchiuzze nere erano veramente cellule pigmentose per nulla differenti da quelle proprie della coroidea, e che i vasi della retina così alterata aveano perduta in gran parte la loro elasticità, alcuni di essi aveano il calibro assai ristretto, mentre altri erano affatto obliterati. La *pigmentosità della retina* si distingue dall'anormale disposizione od accumulazione del pigmento, che si può verificare nella coroidea, per la sede più anteriore delle macchiette nere dendritiche, le quali si vedono palesemente ricoprire in molti punti i vasi retinici, e per la particolare minutezza dei corpuscoli neri di pigmento che la rappresentano, mentre i cumuli di pigmento che si possono riscontrare nella coroidea sono assai più grossi e quasi sempre circondati da chiazze bianco-lucenti costituite dal riflesso della sclerotica che traspare ove è scomparso il pigmento. Quando la retina è più o meno cospersa di cellule pigmentose, la papilla del nervo ottico è sempre essenzialmente alterata, più piccola dell' ordinario ed assai spesso ovale o quasi triangolare. Il contorno e i diversi disegni proprii del disco papillare sono appena riconoscibili pel loro splendore attraverso del tessuto bigio, assai più brillante che nello stato normale delle fibre nervose che si espandono a raggi. I vasi retiniani sono quasi sempre atrofici.

Dai pochi casi di questa malattia che finora richiamarono l'attenzione degli ottalmoscopisti risulta ch' essa incomincia per lo più nell' infanzia sotto la forma di *emeralopia*, che è quasi sempre ereditaria, e può impiegare 20 o 30 anni a produrre la completa amaurosi.

Dopo una certa ebetudine di vista che cresce nei luoghi ombreggiati e specialmente al cadere del sole, si manifesta ai pazienti una graduata e progressiva circoscrizione del campo visuale periferico, nel mentre stesso che la vista

centrale conservasi in loro illesa sino ad epoca inoltratissima della malattia, motivo per cui essi abituandosi ad una insensibile limitazione del potere visivo, non cercano al medico la spiegazione del loro male se non quando questa ha già tocco uno stadio assai avanzato.

Codesta nota caratteristica dell'affezione retinica in questione, ci sembra in rapporto diretto ed esatto colla alterazione anatomica che ne è l'espressione. Imperocchè, siccome in tali casi le anormali punteggiature pigmentali occupano la parte periferica della retina lasciando immune la macula lutea e la porzione che circonda da vicino la papilla ottica, così trovasi benissimo spiegato come rimangano distinte le percezioni nel centro del campo visuale, e siano invece confuse od abolite quelle della periferia che dipendono dalla superficie retinica ove esistono le alterazioni materiali. Se non che avuto riguardo alla testimonianza del *Donders*, il quale si potè assicurare coll'esame necroscopico che le caratteristiche macchie nerastre della retina sono costituite da cellule pigmentali affatto analoghe a quelle proprie della coroidea, incliniamo a credere che anche gli spazii retinici privi di macchie nerastre ma circoscritti da esse, non posseggano una tessitura perfettamente normale. E ciò crediamo prima di tutto perchè l'abolita percezione di tutta la periferia del campo visuale non sarebbe spiegata dall'esistenza delle punteggiature e delle striscie pigmentali, le quali per sè sole varrebbero ad interrompere ma non ad abolire le percezioni della retina, ed in secondo luogo perchè la presenza di una materia d'organizzazione fisiologica in un tessuto che nelle vie normali ne è sempre sprovveduto, fa necessariamente escludere che il substratum in cui quella materia s'ingenerò si possa trovare in condizioni anatomiche e fisiologiche assolutamente normali. Quanto alla genesi di questa particolare alterazione, gli illustri signori *Graefe* e *Donders* la ritengono dipendente da un processo di lenta infiammazione della retina. Noi per altro

dobbiamo dubitare assai della giustezza di questa loro opinione se prendiamo in considerazione non soltanto la natura dell'elemento morboso che dà nome all'alterazione retinica in questione, ma altresì il modo d'origine, i sintomi ed il decorso che la caratterizzano. Osserviamo quindi prima di tutto che non è proprio del processo infiammatorio l' ingenerare un prodotto di tessitura fisiologica come sarebbe in questo caso il pigmento che il *Donders* trovò perfettamente identico al pigmento normale della coroidea. In secondo luogo, per quanto risulta anche dalle nostre osservazioni, l'alterazione pigmentosa della retina è alcune volte ereditaria o più spesso incomincia a manifestare i suoi sintomi caratteristici nella infanzia, il che fa supporre che il germe di essa sia congenito, ed anche questi caratteri non sono proprii delle malattie propriamente dette infiammatorie. In terzo luogo questa speciale condizione della retina non è accompagnata nè al suo principio, nè a stadio avanzato da quella sindrome di fenomeni che vedemmo indicare l' infiammazione lenta della retina, e in tutti i casi questa membrana conserva sempre la sua naturale trasparenza in tutti i punti ove non è occupata dal pigmento, e costantemente poi la mantiene in corrispondenza al circolo peripapillare, ove invece in caso di infiammazione si osserva sempre un opacamento più o meno sensibile e diffuso. Inoltre i sintomi e i segni che caratterizzano la pigmentosità della retina possono rimanere sempre gli stessi per moltissimi anni senza subire nè i deterioramenti nè i progressi che si verificano durante l' andamento della vera retinite. Di più la porzione di retina che rimane scevra da deposizioni pigmentali si presta perfettamente e per molto tempo, o per sempre alle sue funzioni fisiologiche, ciò che non avviene mai nei casi di retiniti parziali o di essudati flogistici limitati a qualche segmento retinico. Ed i pazienti possono il più delle volte approfittare della parte sana della retina per occuparsi a leggere o lavorare senza diffi-

coltà assoluta e senza avvertire alcun deterioramento nella vista, mentre succede il contrario negli affetti da retinite. Le sottrazioni sanguigne praticate nei soggetti che hanno la degenerazione pigmentosa della retina riescono sempre pregiudizievoli, per quanto a noi consta, alla loro facoltà visiva, mentre giovano invece più o meno in quelli ammalati di retinite.

Dietro tutte queste riflessioni ci sembra di potere con sufficiente fondamento asserire che il processo infiammatorio propriamente detto non ha alcuna parte diretta sulla genesi della pigmentazione retinica. Nello stesso tempo riteniamo che ove nei soggetti che hanno i segni e sintomi della nominata affezione, insorgesse per una causa qualunque una congestione od una infiammazione della coroidea, questa non potrà che rendere vieppiù circoscritto il campo visuale già assai limitato per la condizione speciale della retina ed anche abolirlo completamente esercitando un' influenza alterante o disorganizzatrice anche sulla porzione di retina scevra da alterazione pigmentosa.

Volendo poi sforzarci a dare una spiegazione diversa da quella che diedero gli autori circa la causa produttrice del pigmento in grembo al tessuto retinico, ci sembra razionale di attribuirla ad una particolare aberrazione del processo nutritivo, del quale abbiamo un segno certo nella esilità ed atrofia dei vasi coronarii e specialmente degli arteriosi che accompagna fin dalla sua origine la pigmentazione della retina. La coincidenza costante di queste due anormali circostanze indurrebbe a credere che la retina, mancando della necessaria irrigazione e rimanendo imperfetto lo scambio delle molecole inette alla sua nutrizione, si lasci compenetrare dalla sostanza carbonosa nera della coroidea che vi sta a ridosso, compensandosi, per dir così, a spese del pigmento che le è contiguo di quei materiali nutritivi che i vasi a lei proprii non le somministrano. Comunque poi avvenga la cosa, tutte le circostanze, all'appog-

gio delle quali negammo or ora l'indole flogistica di codesto anormale stato della retina, si possono invece conciliare benissimo ammettendolo come effetto di un pervertimento primordiale del processo nutritivo della retina.

Del resto facciamo notare che per le ragioni più sopra accennate, noi non crediamo alla sola presenza del pigmento sulla retina debbasi l'alterazione della vista, ossia la circoscrizione del campo visuale. Essa dipende altresì da un imperfetto sviluppo o dall'atrofia delle estremità periferiche delle fibre retiniche. Che anzi essendoci occorso, come vedremo tosto, di riscontrare i sintomi ordinarii della pigmentosità retinica in un individuo che sulla retina non presentava che un imperfetto sviluppo del sistema vascolare, dovemmo inferirne che l'imperfetta nutrizione della retina per esiguità dei suoi vasi è sufficiente per sè sola a produrre i sintomi che si notano anche quando la retina è infiltrata di pigmento. Per la qual cosa ci sembra che quando tutte due queste condizioni si troveranno insieme unite, non si dovranno risguardare se non come espressioni di un più profondo pervertimento del processo nutritivo della retina.

Il caso a cui qui alludemmo risguarda un giovinetto patrizio di questa città appartenente alla famiglia C. nella quale vi sono 4 fratelli che giunti all'età di 13 anni divennerò emeralopi, ed alquanto duri di udito. Ad una luce artificiale assai forte essi possono però leggere e scrivere, ma non possono camminare per le strade, tuttoche assai illuminate, perchè non discernono che la porzione di oggetti e di persone che fissano, e non ne ravvisano le parti laterali. La loro vista è limitata, come se guardassero attraverso un tubo da canocchiale. Di giorno il loro campo visuale si fa un pò più esteso.

In un solo di essi ebbimo l'opportunità di istituire un esame ottalmoscopico, dietro il quale rilevammo uno straordinario sviluppo della rete vascolare della coroidea, normale la papilla, assai piccole le vene coronarie, appena visibili le

arterie. Compresso leggermente il bulbo col dito scomparivano affatto le vene e le arterie nell'area della papilla, e questa si faceva bianca, senza che si manifestasse una palese pulsazione; comprimendo maggiormente il bulbo, anche i vasi coroideali impallidivano convertendosi in cordoncini bianchi, per tornare nuovamente rossi al cessare della compressione.

Questo soggetto avea impulso cardiaco forte e soffriva spesso cardiopalmo, accensioni di testa, cefalea gravativa e dolori nevralgici alla nuca ed al collo con sbalordimenti.

Un altro esempio interessante di *circoscrizione concentrica* del *campo visuale* con abolizione totale della visione periferica, che terminò gradatamente in *completa amaurosi*, l'abbiamo osservato alcuni anni sono in una ricamatrice di veli d'anni 21 dimorante in Legnano, la quale nell'infanzia avea perduto l'occhio sinistro per grave ottalmia.

Tre anni prima di richiedere un nostro consiglio, ella avea avvertito quasi improvvisamente un grave offuscamento nell'occhio destro per la presenza di una nebbia uniforme, che le velava gli oggetti, e poco tempo dopo essendolesi rischiarata alquanto la vista, erasi accorta di non discernere con chiarezza che una porzione limitata delle cose fissate, ma per uno spazio ancora sufficientemente esteso, il quale andò in seguito gradatamente restringendosi al punto che all'epoca in cui essa presentossi al nostro dispensario, lo spazio di chiara visione non oltrepassava l'ampiezza di un pezzo da 5 centesimi. La paziente distingueva in questo circoscritto spazio le cose più minute, per cui era ancora in grado di attendere al ricamo, e di eseguire finissimi lavori. Onde trovare il punto di chiara visione, essa era costretta di muovere la testa in vario senso, e se fissava oggetti lontani, il campo visuale diventava alquanto più esteso. La pupilla presentavasi dilatata ed immobile, il bulbo era solcato qua e là da vasi varicosi sotto-congiuntivali, imperfetti ed oscuri erano i fosfeni. L'infelice costretta a procurarsi il vitto per mezzo

del lavoro, quantunque s'accorgesse di perdere giornalmente la vista, continuò per qualche anno ancora nel ricamo, finchè trovossi ad un tratto perfettamente cieca. Riescito infruttuoso qualsiasi tentativo di cura, e perduta ogni speranza di guarigione, tanto si afflisse che ne impazzì.

A quell'epoca non essendo noi abbastanza esperimentati nell'uso dello specchio oculare, non abbiamo saputo rilevare se qualche alterazione delle membrane interne potesse dare spiegazione dell'amaurosi, o se per esclusione si dovesse ammettere la cagione di questa in un alteramento progressivo dell'apparato cerebrale della visione. Prima di chiudere codesto articolo non possiamo a meno di dichiarare che molto vi ha di incerto e di oscuro intorno all'affezione pigmentosa della retina, e senza pretendere d'aver deciso alcuno dei punti questionabili che presenta simile argomento, passeremo ad enumerare i fatti dai quali specialmente abbiamo tratte le nostre attuali convinzioni in proposito.

Osservazione 16.ª (V. Fig. VIII.ª) — *Emeralopia da atrofia dei vasi coronarii. — Limitazione centrale della vista da degenerazione pigmentosa periferica della retina.* — Cl..... Pietro, di Milano, d'anni 42, di temperamento epatico-nervoso, possidente, ammogliato, senza figli; i di lui genitori morirono oltre i 70 anni, ed eran stati assai presbiti per molto tempo; una sua sorella vivente ha vista assai corta. Egli a 5 anni superò il *morbillo* che lo lasciò *sordastro*. Fu più volte affetto da *angine tonsillari* che l'obbligarono all'escisione delle tonsille: ebbe ripetuti reumatismi muscolari e qualche febbre terzana. A 24 anni ammalò di grave *encefalite*, la quale dopo 40 giorni guarì dietro attivo metodo antiflogistico, e recidivò alcuni mesi in appresso, ma per tenere più breve durata. A 30 anni lo afflisse un'*artrite* poliarticolare, che si ripete tuttavia di quando in quando, e poco dopo contrasse ulceri sifilitiche che guarirono perfettamente, e non furono susseguite da sintomi costituzionali. Nella gioventù fu dedito alla masturbazione, in seguito abusò della venere. Ebbe sempre un carattere leggero, irascibile ed ha spesso esaltamenti cerebrali, vertigini, crampi e formicolio alle estremità.

Fin dai primi anni di sua gioventù ebbe qualche alterazione nella facoltà visiva, ed avvertì più volte davanti agli occhi come una pioggia d'oro (sic). A 18 anni rimarcò che una specie di ragnatela gli offuscava alquanto la vista, facendosi più scura al cadere del sole (ambliopia notturna). In seguito ad ognuna delle accennate malattie curate con generosi salassi egli aveva sempre un indebolimento maggiore di vista, il quale modificavasi alquanto al ripristinarsi della salute, ma senza però ritornare al grado in cui era prima della malattia. A 31 anno dopo aver superata una febbre gastrica s'accorse di frequente fotopsia e scintillamento e passati alcuni mesi cominciò coll'occhio sinistro a vedere gli oggetti come alquanto inclinati. La vista gli servì a leggere fino al 1833, alla quale epoca, essendo stato più volte salassato in seguito ad una contusione ricevuta al torace, essa subì un sì rapido e grave peggioramento da obbligarlo a rinunciare alla propria firma.

Stato presente. — Condizioni generali buone, circolazione lenta.

Occhi ad iridi castane, pupille immobili piuttosto dilatate — fosfeni normali e pronti.

Presentandogli un oggetto qualunque egli lo vede con sufficiente chiarezza quando sia nel centro del campo visivo; ma se l'oggetto trovasi alquanto eccentrico non lo distingue più ovvero malamente. Coll'occhio destro può leggere i caratteri N.° 20 della scala di *Jaeger*, mentre col sinistro non ne discerne alcuno, e con questo anche la fiamma di una candela la vede come sepolta in una nebbia. Di quando in quando ha fotopsia. Continua ad aver bisogno di forte luce per distinguere i dettagli anche degli oggetti grossolani, e di sera non vede quasi nulla. Ma se si espone per qualche tempo a luce viva vien preso da dolor frontale; occupandosi un pò a lungo sente stanchezza ed intolleranza pel lavoro. Prova miglioramento nelle forze generali e nella vista dopo un lauto pasto.

Esame ottalmoscopico. (V. Fig. VIII.a) — Occhio sinistro. — (Midriasi *artificiale*). — Opacamenti lineari periferici esilissimi del cristallino — nel vitreo parecchi corpi mobili più o meno oscillanti a seconda dei movimenti del bulbo, e che precipitano ad occhio fisso. — *Papilla rilevata alla periferia,* leggermente depressa nel centro. Dal punto di depressione partono *4 vene esilissime*, che conten-

gono un sangue assai oscuro, *la inferiore* di queste viene accompagnata da un' *arteriuzza filiforme.* Intorno alla papilla avvi un cerchiello di colore oscuro; all'esterno ed in basso della stessa vedesi una macchia nera, che sembra della retina.

Il *terzo posteriore* del fondo *al di là dell'equatore del bulbo* riflette un color *giallo cinerino* su cui traspare qualche vaso coroideale. Partendo *dall' equatore* verso *l'ora serrata* si vede *una moltitudine di macchiette nere*, che presentano l'aspetto di una rete o meglio di dendriti, e che appartengono indubitabilmente alla retina, poichè *alcune di esse seguono in modo manifesto i vasi coronarii, che in alcuni punti sono* anzi *da quelle ricoperti.* Dette macchiuzze sono più piccole e meno vicine tra loro in corrispondenza della zona equatoriale, si fanno più confluenti e più estese quanto più si progredisce verso l'ora serrata.

Occhio destro. — Lente normale. — Corpi mobili nel vitreo. — *Papilla* più piccola che nell'altro occhio — *vasi atrofici* d'aspetto venoso — mancanti od *invisibili le arterie* coronarie. — La retina riflette una tinta cinerea sporca, e presenta nella sua zona periferica le *macchiette nere stellate*, meno numerose ma più ampie che nell'altra retina.

Considerazioni. — Nel caso presente si può attribuire l'emeralopia all'atrofia dei vasi coronarii, e la limitazione del campo visuale all'alterazione pigmentosa periferica della retina. Ma oltre ai detti sintomi e segni morbosi si osserva anche un considerevole deperimento della vista centrale specialmente nell'occhio sinistro, che rende impossibile la lettura dei caratteri maggiori della scala di *Jaeger.* Di più vi ha fotopsia, fotofobia; incapacità di applicare la vista senza che si desti molestia ai bulbi e cefalea, e coll'oftalmoscopo si rileva la presenza di opacità mobili nel vitreo e d'incipienti opacamenti nel cristallino sinistro. Di questi altri mutamenti anatomici e funzionali pare debbasi ascrivere la causa alle ripetute fleboidesi coroideali ed alla quasi abituale iperemia delle meningi e del cervello, promosse in origine dal vajuolo, dalle febbri gastriche e periodiche e dalla diatesi reumatico-artrica.

Se si pone a riscontro la remota manifestazione dei difetti di vista dell'attuale soggetto collo stato di atrofia del nervo ottico e della retina riscontratasi in lui durante il quarantaduesimo anno di sua vita si ha motivo di credere, che la base primitiva di tali

affezioni organico-funzionali stesse in un primordiale difetto di nutrizione degli organi conduttori delle impressioni ottiche.

E ciò ammesso non riescirà difficile il comprendere perchè le emissioni sanguigne riescissero sempre dannose alla vista del paziente, ogni qual volta il sopravvenire di nuove flogosi viscerali le rendeva necessarie.

Del resto, come possono darsi, e non sono infrequenti nella pratica i casi di ricorrenti congestioni meningo-cerebrali in soggetti già dementi per effetto di pregresse meningiti od encefaliti, che portarono atrofia od indurimento del cervello, così riguardo all' occhio possono aver luogo abituali congestioni coroideali nei casi di ambliopia, anche quando la retina od il nervo ottico sono già in corso di atrofia come nel caso nostro. Che anzi gli è appunto per questo particolare disaccordo fra il sistema nervoso ed il sanguigno, che riescono sempre dannose in casi simili le emissioni sanguigne, sia sulle funzioni mentali che sulla facoltà visiva.

Avuto riguardo alle condizioni speciali della retina di codesto ammalato, e a tutte le altre circostanze ora accennate, noi non potevamo promettergli grandi vantaggi da un tentativo di cura, epperò egli preferì di affidarsi alle risorse della natura, promettendo solo di attenersi ad un regime di vita castigato sotto ogni rapporto, della qual cosa gli avevamo fatta espressa raccomandazione.

Osservazione 17.ª (V. Fig. IX.ª) — *Emeralopia destra da atrofia dei vasi coronarii. Circoscrizione della vista da degenerazione pigmentosa della retina.* — Aprile 1858. — Giuseppe Belloni, da Milano, pittore scenografo, d'anni 27, di temperamento sanguigno eretistico, di capigliatura castana, ha parenti sani e di buona vista, meno la madre che è assai presbite. Nessun'altra malattia egli ebbe a soffrire, se non che una leggiera ottalmia reumatica ai 12 anni, qualche febbre intermittente nel 1842 ed alcune forme sifilitiche che guariron sempre coi mezzi topici senza dar luogo a manifestazioni secondarie.

Quanto alla vista fin dall'età di 6 anni ei s'era accorto di aver l'occhio destro debole al punto da non poter discernere le lettere che gli veniano insegnate, mentre col sinistro le vedeva di-

stintamente, epperò dopo d'allora si accontentava di fruire di questo, riguardando l'altro come inservibile. Ma verso i primi di aprile del corrente anno, si avvide mentre stava disegnando che anche l'occhio sinistro non funzionava del tutto normalmente, poichè gli lasciava vedere alquanto in confuso i rapporti di distanza delle figure che avea delineate, e se lo esponeva ad una luce un pò viva, provava con esso uno straordinario abbagliamento e di più la sensazione di diversi colori, che s'interponevano tra l'occhio e gli oggetti che osservava. Fu allora ch'ei si presentò al nostro dispensario, ove si verificò che mentre questi sintomi di alterata funzione dell'occhio sinistro tenevano manifestamente ad una leggier congestione coroido-retiniana, che facilmente poteva esser tolta, l'affezione visiva dell'occhio destro invece era mantenuta da alterazioni tali, contro cui poco o nulla poteasi attendere dai sussidii dell'arte.

L'occhio destro avea percezione della luce e degli oggetti grossolani, ma non distingueva nè le sue differenze, nè i loro dettagli. Presentando dinanzi a quest'occhio un biglietto di visita, questo era veduto come se fosse sporco quando si trovava in corrispondenza del centro dell'asse visivo, ed era distinto solamente in parte, se lo si dirigeva in alto, in basso od ai lati dell'occhio. Non era possibile la lettura se non di qualche parola del N.º 18 della scala di *Jaeger*.

Esame oftalmoscopico dell'occhio destro. (V. Fig. IX.ª) — (*Midriasi artificiale*). — Mezzi diottrici normali. — *Papilla piccola a margini non bene marcati, superficie* leggermente *convessa*, il centro è splendente, il restante rossigno — i *vasi* che partono dal suo centro sono *assai piccoli e poco ramificati*, gli *arteriosi appena visibili. Tutto all'intorno della papilla* si vedono delle *chiazzette nerastre* costituite da *minime punteggiature* (*di pigmento*) ravvicinate tra loro che appartengono alla retina, la quale negli interspazii sprovvisti delle macchiette dà un riflesso bianco cinericcio attraverso il quale traspare il roseo della coroidea sottoposta. *Altri gruppi di macchiette nerastre* si riscontrano in *vicinanza alla macula lutea*, mentre non ve ne sono nel campo proprio di essa. *Simili depositi dalla linea equatoriale verso l'ora serrata si vedono in abbondanza sempre maggiore* specialmente nella parte superiore della zona equatoriale, ove assumono un aspetto areolare.

Considerazioni. — Nel caso presente non vi ha emeralopia, ma soltanto una percezione imperfettissima degli oggetti quando corrispondono al punto centrale dell'asse visivo. E ciò sembra spiegato dai risultati dell'esame ottalmoscopico, dietro i quali si rileva che mentre le deposizioni pigmentose mancano nel campo della macula lutea, ve ne sono alcune intorno ad essa ed anche in vicinanza della papilla, oltre a quelle che esistono in abbondanza nella porzione periferica della retina. E siccome a ciò si aggiunge l'atrofia dei vasi coronarii, massime degli arteriosi, ed il riflesso bianco-cinereo della retina, indizio certo di un'anomalia della sua tessitura, si comprende come anche le impressioni ricevute dalla macula lutea, venendo trasmesse a tessuti palesemente alterati, debbano eccitare sensazioni imperfette, incerte, confuse.

I disordini organici, come l'alterazione funzionale, rimontavano in questo individuo alla prima infanzia o forse anche alla vita uterina, epperò mal si saprebbe determinare se sian stati l'effetto di un imperfetto sviluppo primordiale, oppure di un'atrofia progressiva del nervo ottico e della retina stessa.

Osservazione 18.ª — *Emeralopia da atrofia dei vasi coronarii. — Diminuzione periferica del campo visuale, da parziale degenerazione pigmentosa della retina.* — Maggio 1858. — Maddalena Ravelli, d'anni 19, di Antignate, provincia di Bergamo, di condizione cucitrice, di temperamento sanguigno-linfatico, di buona costituzione; ha la madre che soffre di cefalea abituale e presenta miosi d'ambo le pupille, ed il padre tossicoloso affetto da erpete cronico.

Essa fu mestruata dai 16 anni in poi sempre regolarmente. Soggetta a verminazione nell'infanzia, ebbe in seguito frequentissime cefalee che si rinnovaron più volte anche nello scorso inverno; da un anno ha reumatismo ricorrente alla spalla sinistra e spesso anche sirigmo, il che ella attribuisce all'umidità delle stanze in cui abita.

Fin dall'età di 10 anni ella si ricorda che al *tramonto del sole* le si indeboliva la vista di modo che più tardi non potea distinguere oggetto alcuno. Tale affezione crebbe gradatamente sicchè da quattro anni non vede neppure al chiarore della luna, men-

tre alla luce della candela può distinguere gli oggetti, leggere e perfino infilare la cruna d'un ago ma non senza qualche difficoltà. È a notarsi che essa abusò molto della vista nei lavori d'ago.

Stato presente. — Di giorno ha vista alquanto annebbiata, distingue però bene i colori, vede meglio gli oggetti lontani che non i vicini — sull'imbrunire del giorno non ne discerne alcuno; nell'oscurità della notte ha la sensazione affatto subbiettiva di ogni genere di colori, come se avesse dinanzi una tela variopinta od un marmo variegato. Legge al lume naturale od a quello artificiale di lucerna il carattere N.° 7 della scala di *Jaeger* ad 8 pollici di distanza, più al di là o più al di qua di questo limite vede le lettere sbiadite e confuse; i caratteri più minuti non li può leggere. Presentandole un piccolo oggetto dirimpetto a ciascheduno degli occhi, essa lo vede bene in tutte le direzioni, ma se glie lo si presenta un pò al di sopra od un pò al di sotto del livello orbitale, la percezione di esso le riesce assai meno chiara. Anche quando vuol cucire è costretta a girare l'occhio in varie direzioni finchè trova il punto giusto di chiara visione.

Facendole fissare lo sguardo sopra un foglio su cui siensi disegnate parecchie macchie nere disposte a qualche distanza fra loro, essa vede soltanto quella su cui fissa direttamente gli assi visuali; per discernere le altre è costretta a cercarle coll'occhio ad una ad una. I bulbi sono piccoli ed infossati, le pupille regolari e mobili. La midriasi ottenuta per mezzo della atropina portò un considerevole peggioramento nella facoltà visiva.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — (*Midriasi artificiale*). — Mezzi trasparenti normali. — *Papilla piccola a margini suffusi, a superficie* alquanto *rialzata.* I vasi partono dal terzo esterno della sua superficie; le vene sono abbastanza demarcate e portano sangue rosso cupo. *Le arterie* sono *esilissime,* poco serpentine, e contengono un sangue più colorito dell'ordinario. In corrispondenza della *zona equatoriale* veggonsi *sulla retina* pel tratto di alcune linee *molteplici macchiette nerastre* in parte aggruppate, in parte isolate, a guisa di granelli di sabbia e disposte in modo da presentare col loro complesso un aspetto arborizzato o reticolato. Queste però non si estendono oltre la *zona media,* ed *ivi alcuni vasellini arteriosi e venosi della retina vedonsi* con tutta chiarezza *coperti da esse.* Il pigmento della coroidea è assai

scarso e perciò si rilevano ben distinti i di lei vasi serpentini e di color rosso.

Occhio sinistro. — Mezzi rifrangenti allo stato normale. *Papilla piccola*, demarcata superiormente da una semiluna di pigmento nero. I *vasi* che partono dal di lei centro sono *atrofici*. In corrispondenza della *zona equatoriale fin quasi all'ora serrata* si osservano *le punteggiature di pigmento sulla retina* meno accumulate benchè più sparse che nell'altro occhio; avvi deficienza del pigmento sulla coroidea, per cui chiaramente si distinguono i vasi di essa.

Il volto della paziente è alquanto acceso, e lo sguardo ambliopico. Essa ha la lingua rossa e soffre difficoltà di digestione, intolleranza al vino, bruciore e dolore allo stomaco, frequente valida e molestissima la pulsazione dell'aorta addominale, e va soggetta a crampo nel piede sinistro ogni volta che lo immerge nell'acqua. Riferisce che le deplezioni sanguigne, tentate a casa tuttochè parcamente, riuscirono piuttosto di svantaggio alla vista e prostrarono le forze. Anche i suffumigi coi vapori di fegato di manzo bollito riescirono inutili benchè replicati per tre volte.

Considerazioni. — Anche in questo caso la pigmentosità periferica della retina e l'atrofia dei vasi arteriosi della papilla, bastavano a spiegare le alterazioni funzionali manifestatesi durante la prima giovinezza della fanciulla, e continuate sempre con un andamento lentamente progressivo. Il peggioramento della vista che tenne dietro alla midriasi artificiale, sembrava cagionato dalla diffusione dei raggi luminosi, che non moderati dal sipario irideo, penetrando in troppa copia nella pupilla vi dipingevano sulla circoscritta porzione di retina ancor sana un'immagine confusa degli oggetti. Qui la malattia non era ereditaria, ma tuttavia non si poteva escludere, che quell'elemento morboso da cui era sostenuta la cefalea abituale sofferta dalla madre della paziente, non fosse il medesimo che cagionava un analogo patimento nella figlia. E in tal caso, questo stesso fomite si sarebbe potuto risguardare come la radice originaria del turbamento organico funzionale del nervo ottico e della retina, il quale si sviluppò nella fanciulla durante l'età in cui essa cominciò a fare maggior uso della vista. La tendenza progressiva dei turbamenti visivi che si osservò in questa amma-

lata si deve attribuire in parte alla sua troppa assiduità nei lavori d'ago, ed in parte alle molte sofferenze cefaliche cui fu più volte soggetta. Ma da questa circostanza, non si può inferire che l'indole dell'affezione retinica riscontratasi in essa, fosse di carattere infiammatorio, tanto più che anche in questo caso fu notato il fatto, che le emissioni sanguigne riuscivano alquanto pregiudicevoli alla vista.

Fu in riguardo a quest'ultima circostanza, che a correggere la lenta irritazione del ventricolo da cui era palesemente affetta codesta ammalata, si consigliò l'idroterapia invece di prescrivere sottrazioni sanguigne.

Osservazione 19.ª (Comunicata dal dott. *R. Grilli*). — *Emeralopia con ambliopia amaurotica in ambo gli occhi da degenerazione pigmentosa della retina.* — 15 ottobre 1858. — Luigi Pellegatti, di Ficarolo, provincia di Rovigo, d'anni 39, celibe, contadino, è uomo di abito cachetico, di debole costituzione, di colorito pallido. I suoi genitori morirono ad età assai inoltrata, e godettero sempre di ottima vista, un suo fratello è sano e vede perfettamente bene. Il Pellegatti fu soggetto più volte a febbri di tipo terzanario o quartanario, stantechè la sua abitazione è locata in terreni assai umidi. Ad eccezione di queste malattie e di qualche disturbo gastro-enterico, non ebbe mai altra affezione di riguardo. Egli fu sempre di vista debole, e riferisce che fin dall'età di 4 mesi i suoi genitori rimarcarono in lui uno sguardo incerto, e quasi da cieco. A 10 anni egli riusciva ad infilare la cruna di un ago, ma tuttavia non poteva che difficilmente distinguere le fisionomie delle persone. Fin dall'infanzia emeralopo, non vidde mai le stelle del cielo, e di notte è sempre costretto a farsi accompagnare per le strade e per casa. La fiamma della candela la vede lucente e conica, ma se vi sono degli oggetti vicini ad essa egli non li discerne. Di quando in quando ha percezione di scintille di varia forma e colore anche durante la notte, e tale sensazione gli si ripete circa una volta per settimana; non avvertì mai miodesopsia. Quando si trova in istato febbrile od estenuato dal digiuno, egli diventa perfettamente amaurotico; la vista gli si ripristina poscia col cessare della febbre, e col rifocillare le forze. Quando vi è nebbia diffusa diviene amaurotico, eppure

vede meglio quando il cielo è nuvoloso, assai meno quando splende il sole. Fu sempre nell'incapacità di distinguere i colori; per lui gli oggetti sono bianchi o neri ovvero scuri. Il giallo, il roseo per lui son bianchi, il turchino, il verde sono neri o tendenti al nerastro. Attualmente egli ha una vista tanto debole da non poter distinguere che l'ombra della mano, che gli si faccia scorrere davanti agli occhi. Ha inoltre un'estrema circoscrizione centrale del campo visivo simmetricamente in ambo gli occhi; con ciascuno di essi non vede che pel tratto circolare corrispondente alla grandezza di uno scudo d'argento; per cui presentandogli un oggetto, egli deve prima di vederlo cercarlo collo sguardo muovendo in varie direzioni i bulbi. Tutti gli oggetti da lui veduti gli sembrano oscillanti, e come dotati di un moto perpetuo; ciò dipende dal nistagmo continuo cui si trovano continuamente in preda i di lui occhi.

Stato presente. — Testa libera, funzioni respiratorie e cardiache normali; tubo intestinale in istato di irritazione.

Bulbi piccoli, molli, camera anteriore abolita, iridi cerulee assai convesse all'avanti, pupille quasi immobili mediocremente dilatate.

Esame oltalmoscopico. — Occhio destro. — Mezzi diottrici perfettamente trasparenti. — *Papilla piccola* — *zona periferica suffusa* e poco distinta dal margine coroideale — zona nervea rossigna — *disco concentrico opaco* — *vasi arteriosi invisibili*, i *venosi* assai *piccoli e scarsi*. — *Retina* trasparente al segmento peripapillare, *punteggiata* e *reticolata* da *macchielle nerastre* in *corrispondenza* della *zona equatoriale fin quasi all'ora serrata*, ove però la si vede ripigliare ancora la sua trasparenza. I vasi della coroidea sono assai distinti specialmente in corrispondenza dei vortici venosi; fra essi vi è distribuzione irregolare di pigmento.

Occhio sinistro. — Analoghe alterazioni.

Osservazione 20.ª — *Ambliopia notturna con circoscrizione centrale del campo visivo da degenerazione pigmentosa della retina ed atrofia delle arterie coronarie.* — Novembre 1858. — Giovanni Calza, di Bologna, benestante e dilettante di disegno, d'anni 29, celibe, di temperamento nervoso, ebbe il padre che godeva buona

vista e morì idropico a 47 anni. Un di lui zio paterno era emeralopo ed avea limitata l'estensione del campo visivo La madre ed i di lui fratelli hanno vista normale, ed uno soltanto di essi è assai miope. Egli ebbe da bambino la crosta lattea alla faccia ed al capo, — con leggiera oftalmo-blennorrea la quale guarì senza conseguenze. Il suo aspetto non è d'uomo robusto, poichè mentre presenta una testa assai voluminosa coi diametri biparietale e fronto-occipitale alquanto sproporzionati in confronto degli altri, offre invece il tronco e le estremità assai esili. Eppure egli può tollerare impunemente ed a lungo la veglia, la fame, le vicissitudini atmosferiche, nonchè ogni sorta di disordine dietetico ed anche l'abuso di venere, senza che la sua salute ne soffra il benchè minimo disturbo. Esso è lento nel favellare, tardo nei suoi movimenti. Mentre sembrano in lui torpide le funzioni regolate dal gran simpatico, e dal midollo spinale, ha le facoltà percettive assai pronte, ingegno non comune e sentimenti elevati che si direbbero con *Gall* proporzionati allo sviluppo del suo voluminoso cranio. Egli si ricorda che fin dall'infanzia era incapace dopo il tramonto di condursi da solo, senza la scorta di un punto luminoso. Ed anche adesso verso il crepuscolo della sera la vista gli si offusca gradatamente fino al punto da non percepire alcun oggetto, sicchè a notte fatta gli sembra di essere in una camera oscura. Lo stesso offuscamento egli prova anche di giorno se entra in luogo poco illuminato. Gode invece di vista quasi perfetta tanto di giorno, che di notte quando una luce viva rischiara gli oggetti a lui circostanti, cosicchè può leggere anche i caratteri più minuti della scala d'*Jaeger* tranne il N.° 1. L'estensione del campo visuale che egli può misurare è però al di sotto d'assai della comune, e sarebbe limitata, come egli dice, da un circolo che pareggia il diametro di un cappello ordinario. Se fissa per esempio alla distanza di 4 o 5 passi la fisionomia di una persona, la percepisce chiaramente, ma non ne distingue il tronco. Se guarda oggetti lontani, per esempio una prospettiva, l'estensione del campo visuale è assai più ampia, ma sempre però limitata rispettivamente alla normale. Quando si trova in mezzo ad una folla di gente, egli non vede mai più di tre o quattro persone in linea retta, e non scorge quelle che gli stanno ai lati, ciò che lo rende *ombroso come i cavalli* (sic). Nello spazio summentovato la sua

vista è buona quantitativamente e qualitativamente, ha però sempre bisogno di una luce viva. Non s'accorse mai di un deterioramento di queste abituali condizioni della sua vista, e solamente nello scorso anno fu disturbato per alcuni giorni da una sensazione di macchiette cinerognole davanti agli occhi, incommodo che cessò spontaneamente col riposo da ogni applicazione, e che egli attribuiva all'aver letto per alcune ore passeggiando al sole.

Oltre a tutto ciò, narrava questo signore d'aver provato alcuni anni or sono un fenomeno straordinario appena credibile, se non fosse già noto negli annali della scienza, quello cioè della chiaroveggenza notturna (1), tanto più singolare in lui emeralopo fino dalla nascita. Svegliatosi una notte nel pieno bujo, mentre era a letto nella sua camera, egli vide chiaramente tutti gli oggetti come se fossero illuminati da un chiarore di luna, e potè alzarsi e perfino leggere un libro che gli era sconosciuto, e ciò per un'ora circa. I di lui occhi sono infossati nell'orbita, le cornee appianate, le camere anteriori anguste, le pupille regolari ma poco mobili; intollerante anche alla più lieve pressione dei bulbi, non si potè esplorare la luce fosfenica.

Esame ottalmoscopico. — Occhio sinistro. — Mezzi trasparenti normali, — papilla piccola, il margine suo coroideale è un pò irregolare — i *vasi* che emanano dal centro sono assai *esili*, per cui *non si possono distinguere gli arteriosi dai venosi. Il loro decorso* al di là del confine papillare è *assai breve. La superficie della retina periferica alla papilla pel tratto di due o tre linee* è normale, *trasparente, al di là* cominciano ad apparire su di *essa delle punteggiature* o *stellette nere riunite* da *piccoli filamenti* pure *neri* in modo da costituire una rete. *Tali macchie aumentano* di *numero* in corrispondenza della *zona equatoriale* e giungono fino all'ora serrata. Dappertutto ove la retina non è coperta di macchie pigmentali traspaiono minutamente distinti i vasi coroideali che danno al fondo oculare un riflesso rosso-aranciato.

Occhio destro. — *Papilla piccola* — *zona nervea suffusa*;

---

(1) V. *Cours d'ophthalmologie*, par *Van Roosbroek*, tom. II, pag. 142.

il limite coroideale presenta in basso un semicerchio nero di pigmento. I *vasi venosi* sono *meno atrofici che nell'occhio sinistro*, ma gli *arteriosi non si distinguono*. — *La porzione della retina periferica alla papilla* è *trasparente per* lo spazio di *alcune linee*; *al di là* di questo limite si vedono le *macchie nerastre di pigmento* disposte come nell'altro occhio ma più *estese*, più *numerose* e *più ravvicinate* tra loro. Anche in questo traspaiono ben delineati i vasi della coroidea, ma vi ha di più al *lato interno della papilla* una *piccola chiazza nerastra*, *striata* nel *fondo* ed *ai contorni da linee bianco-lucenti*, che è costituita da *cumuli* di *pigmento coroideale spostato* e *macerato*.

Considerazioni. — In questo caso ci sembra che la cecità notturna debba ritenersi dipendente da un imperfetto sviluppo originario del nervo ottico, il quale non costituisce per sè una malattia, ma una anomalia primordiale di vista che si manifesta coll'insensibilità della retina ad una luce debole. La circoscrizione periferica del campo visuale corrisponde all'estensione della degenerazione pigmentosa, la quale lascia libera la macula lutea ed un discreto spazio di retina periferica ad essa. Probabilmente qui è dessa pure congenita, ed attribuibile ad un pervertimento di nutrizione primitiva con atrofia delle estremità periferiche delle fibre retiniche. Lo straordinario e disarmonico sviluppo delle parti posteriori del cranio del paziente in corrispondenza al diametro biparietale, ed alle glabelle frontali fanno sospettare, che durante la vita uterina il cervello sia stato disteso da raccolta sierosa nei ventricoli laterali, che venne in seguito riassorbita. Può darsi che il ritardato sviluppo dei nervi ottici, sia stato cagionato dalla pressione esercitata dal fluido dei ventricoli sopra i bendelli ottici nel loro decorso lungo la base del cranio (1). *(Continua).*

---

(1) La tavola delle figure corrispondenti alle esservazioni N.° 16 e 17 sarà pubblicata nel fascicolo di Dicembre, che conterrà anche l'articolo e le figure spettanti alle emorragie retiniche.

Dell' uso dell' acqua fredda nelle infiammazioni dell' occhio; *del dottore* **ANGELO SCARENZIO**, *già assistente alla cattedra di clinica chirurgica presso l'I. R. Università di Pavia, chirurgo primario presso il civico ospitale di Mantova. Memoria onorata del premio* **Grassi** *a Pavia per l'anno* 1858.

> « L'hydrothérapie rationelle est constituée, et je lui ai crée dans le domaine de la thérapeutique, et parmi les plus puissants et les plus efficaces des agents curatifs, une place qui prend un extension rapide et qui desormais ne lui sera plus disputée. »
>
> Fleury.

Prefazione (1).

Posto nella opportunità di curare ammalati d'oculistica, non ho potuto far sosta in faccia ai rapidi progressi della idroterapia in mali di simil genere, e come mi servo con molto vantaggio di questo mezzo nelle altre infiammazioni esterne, volli tentarlo anche in quelle degli occhi. Prima ancora però di appigliarmi a tale partito, studiai ciò che era stato detto e fatto dagli altri su questo proposito; dalle nozioni cavate mi parve esistessero ancora varie lacune nei processi idroterapeutici usati, e fu mia cura speciale di riempierle. I risultati che ottenni sono tali che incoraggiar devono qualsiasi pratico a trar profitto da un sussidio semplice e prezioso che spontanea la natura ci fornisce, e da ciò prendo coraggio nel richiamarlo alla mente dei cultori della nostra arte. Io dividerò il mio lavoro in tre diverse parti: nella prima, accennati di volo i rapidi progressi

---

(1) Le parti aggiunte alla Memoria dopo che le venne aggiudicato il premio saranno comprese fra i seguenti segni [ ].

della scienza nella idroterapia oculare, verrò dimostrando come dessa trovi nell'organo visivo tutti i requisiti per una giusta applicazione; studierò nella seconda parte in modo speciale le diverse forme di applicazione, fermandomi un pò diffusamente sulle riscontrate imperfezioni e sulle modificazioni da me credute necessarie; nella terza infine esporrò i risultati della mia pratica, la quale se non è ancora troppo estesa per il numero dei fatti, riesce però abbastanza concludente per dimostrare l'utilità dei metodi usati.

Nell' entrare in un campo così delicato e bisognoso di maturi studii, non intendo erigermi a maestro, nè propormi a guida sicura. Ciò che andrò esponendo è il risultato di severe meditazioni ed indagini istituite senza idee preconcette e per puro amor della scienza, onde raccogliere elementi per una valida conclusione. — Possano i miei colleghi accogliere questo lavoro come un invito ad ulteriori ricerche, e con la loro esperienza controllare il mio operato, onorandomi d'incoraggiamento a progredire nella esplorata via!

Parte Prima.

Come il febbricitante avvicina per istinto il labbro all'acqua fredda per estinguere l'ardente sete, tale il paziente da infiammazione all'occhio corre alla gelida fonte per ammansarne l'eccessivo calore. La storia adunque della idroterapia oculare, rimontar dovrebbe alla origine dell' uomo, e forse i primi cultori della nostra scienza credettero superfluo il soffermarsi a lungo su di ciò che la natura da sè sola c' insegna.

Ben diversa cosa però si è il riconoscere empiricamente utile un mezzo terapeutico dall' innalzarlo a metodo razionale; nè qui è mestieri il perdersi nei tempi lontani in traccia di un' origine remota, mentre tutto è dovuto alla operosità ed all' ingegno dei nostri contemporanei.

Larrey, *Sanson*, *Amussat* padre e figlio, *Carron de Villards*, *Rognetta*, *Sichel*, *Strambio* ed altri (1) trovansi già d'accordo nel promulgare la somma utilità dell'acqua fredda nelle oftalmie da causa esterna e traumatica non che nell'oftalmia purulenta; *Broussais* (2) dimostrasi ancora valido partigiano di questa pratica, e se *Sichel* asserisce che l'applicazione dell'acqua fredda è, per così dire, indispensabile in un gran numero di malattie degli occhi, il sistematico per eccellenza assicura che adoperata convenientemente sotto forma di collirii freddi e di ghiaccio non fallisce nel far abortire il male.

Non ancora però l'idroterapia oculare saliva nel rango dei metodi curativi razionali, ed in onta alle celebri citate autorità veniva sempre riguardata come un amminicolo della scienza, piuttosto che degna di godere di una vita che le fosse propria.

Valse *Chassaignac* a toglierla da una generale noncuranza. Nel 1847 quest'illustre scienziato leggeva alla Accademia delle scienze di Parigi una Memoria (3) tendente a dimostrare la somma utilità delle fredde irrigazioni congiuntivali contro l'oftalmia purulenta, dimostrandole capaci a fare svanire le gravi alterazioni della cornea, e con esse la cecità e la mortalità che l'oftalmia purulenta produceva nei neonati.

Non contrastando i felici risultamenti di *Chassaignac*, nel 1846-47-48, *Alois-Bednarz* ripeteva su di una vasta scala nell'ospitale degli esposti in Vienna gli esperimenti di quello e trovava che nell'oftalmia purulenta avevansi risultati ancora più soddisfacenti dall'uso dell'acqua tiepida anzicché dalla fredda (4). Crede l'Autore che in questi

---

(1) *Fleury*. « Traité pratique raisonné d'Hydrothérapie ». Paris, 1856.

(2) *Fleury*. Loc. cit.

(3) » Union mèdicale, » 1847.

(4) » Annales d'oculistique, » 1851.

casi l'acqua non serva che di liquido sbarazzatore, riescendo la tiepida più pronta nel suo effetto e meno dolorosa. Vantaggi tutti per altro che non escono dal campo della idroterapia oculare.

Resi fiduciosi i pratici dai felici risultati or ora accennati, tentarono l'applicazione del rimedio sotto diverse forme e con speciali apparecchi. *Chassaignac* (1) e *Baudens* (2) ritornando su ciò che aveva detto *Broussais* vantarono ed usarono sistematicamente la applicazione del ghiaccio sull' organo visivo, sia per combattere una infiammazione già insorta, sia per prevenirla, e la loro creduta scoperta veniva salutata quale un prezioso acquisto fatto alla scienza. Furono mutamenti di poco rilievo quelli introdotti da *Magne* (3) il quale adagiava il ghiaccio piuttosto sull' arcata sopracigliare che sul globo dell' occhio; lo stesso si dica degli apparecchi di *Max Langenbeck* di Gottinga (4), il quale al pari di *Baudens* e *Chassaignac* stabilisce una capitale differenza fra il freddo secco ed umido. Quest' Autore inoltre allontanandosi dalla semplice perfrigerazione col mezzo del ghiaccio, ricorreva per ottenerla a sostanze medicamentose; egli metteva fra le palpebre una polvere composta con parti eguali di nitro e sale ammoniaco, la quale aspersa con alcune goccie di acqua di pozzo o distillata, fa sviluppare un freddo intenso. Secondo lui l' entrata di qualche goccia della soluzione sul globo oculare non riesce dannosa; all' istantaneo irritamento succede un duraturo sollievo e l' infermo cerca tornarvi. Ma l' abbandono generale fece giustizia di questo metodo, il solo che lo propose lo adoperò, e nessuno cercherà senza dubbio di

(1) » Annales d'oculistique », 1849.
(2) » Moniteur des Hôpitaux », 1855.
(3) » Gazette des Hôpitaux », 1853.
(4) « Annales d'oculistique », tom. XXIV.

ottenere con sostanze irritanti ciò che facilmente si raggiunge coll' acqua pura.

L'ultimo scrittore d' idroterapia oculare e che tanto lodevolmente si occupò di essa si fu *Fournier* (1); pubblicando negli « Archives d'ophthalmologie » i risultati delle proprie osservazioni egli offriva al medico pratico tutto che la scienza possedeva su tale argomento, appoggiando con fatti la innocenza del metodo ed i vantaggi che se ne possono avere; il suo lavoro, ricco di cognizioni storiche e di casi clinici, merita di essere bene considerato e ritenuto un fedele interprete dei veri progressi della scienza circa un tale argomento.

Ci duole in verità di non poter chiudere l' elenco di tanto celebri Autori col nome del nostro diligente e profondo osservatore *Chiapponi*. O la sua posizione di medico pratico non gli avrà offerta l'opportunità di esperimentare in grande, od egli sta raccogliendo fatti numerosi per pronunciarsi circa a questo argomento. La scienza sarebbe senza dubbio dolente di vedere l'idroterapia oculare dimenticata da colui che seppe così bene e meritamente commendare l'uso dell'acqua fredda su la rimanente estesa superficie corporea (2).

---

(1) « Étude clinique sur les douches oculaires appliquées au traitement des flegmasies de l'oeil ». Paris, 1857.

(2) « Annali universali di medicina », vol. CLXI-II, 1857. — Siamo in grado di pienamente giustificare sotto questo rapporto il nostro collega e collaboratore. La partizione del servizio medico e chirurgico presso l'Ospedale Maggiore di Milano, e l'esclusiva distribuzione del personale nell'uno o nell'altro ramo, non permisero al dott. *Chiapponi* di estendere le applicazioni idroterapiche alle affezioni oculari, spettanti fra di noi in parte alle divisioni chirurgiche, in parte costituenti la sezione affidata al sig. dott. *Marchetti*. La stessa osservazione vale per gli ammalati poveri e ricchi della città, la cui immensa maggioranza si dirige alle am-

Dalla breve esposizione fatta, si vede che l'idroterapia oculare trovò, in breve tempo, nell'occhio un largo campo di applicazione, producendo i desiderati frutti; nè poteva essere altrimenti, attese le speciali condizioni organico-vitali di quest'organo.

Posto il globo oculare alla superficie del corpo, racchiuso per la massima parte in un astucchio osseo, pessimo conduttore del calorico, interamente composto di sottili membrane, offrenti il letto ad intricate diramazioni sanguigne e nervose e pieno di umori di secrezione, non poteva essere collocato dalla natura in più favorevoli circostanze per sentire l'effetto della esterna perfrigerazione, per tramandarla alle sue parti più profonde e per conservarla a lungo.

Le palpebre istesse appostate alla sua difesa, e parti integranti dell'organo della visione, vennero foggiate a sottili membrane, atte così a sentire esse medesime l'influenza dell'esterno raffreddamento, non contrastandone la propagazione alle parti sottoposte.

D'altra parte, e per essere l'occhio facilmente esposto agli stimoli esterni, e per la delicata sua struttura, e per le simpatiche relazioni che tiene con altri organi, mostrasi facile ad irritarsi e congestionarsi, ad esaltarsi nella sua squisita sensibilità, ed una volta che trovasi in questo stato gode come di una vita propria ed indipendente. I suoi capillari diventati torpidi e varicosi restano tali se qualche mezzo non sopraggiunge a destarli dal letargo in cui giacciono; i suoi nervi ancora manterrebbero la accresciuta loro sensibilità se un torpente non venisse ad ammansarla; e noi ap-

---

bulanze ed invoca le cure degli oculisti onde si onora la nostra Milano. Perciò il dott. *Chiapponi*, addetto alla sezione medica, e specialmente dedicato alla medicina, si astenne dall'invadere il campo altrui, non a torto persuaso ch'altri avrebbe debitamente riempita una lacuna dei suoi *Studii sull'Idroterapia.*

Griffini.

punto possiamo ritrarre tali benefici effetti dall'uso razionale dell'acqua fredda

Nè il dovere del medico deve limitarsi a fugare dall'organo un male già insorto, ma è suo obbligo il saperlo spesse volte prevenire, quando, cessata la causa, stanno per insorgerne gli effetti; e qui ancora la scienza ricava utili risultati dalla esterna perfrigerazione.

L' omogeneità dei tessuti ci spiega già come non diversa debba essere l' azione dell' acqua fredda sulla parte esterna delle palpebre, da quella che opera sul restante inviluppo cutaneo; non diversa ancora sarà la arrecata sulla mucosa palpebrale dalla portata sulle altre membrane di simil genere; eguale, in una parola, la esercitata su queste parti, e sulle più profonde dell'occhio alla prodotta su qualunque tessuto vivo.

Noi possiamo dividere gli effetti che l'acqua fredda produce sulle parti esterne del nostro corpo in *locali* e *simpatici*; i primi poscia ancora in *immediati* se manifestansi all' atto stesso della applicazione, *mediati* se più o meno tardi.

Il primo effetto immediato locale, che l' agente in discorso arreca all' occhio, si è quello di sbarazzarlo dalle sostanze che accidentalmente l'imbrattassero, e che trovansi alla portata di esso. Ne sussegue ben tosto una rapida sottrazione di calorico e ciò per la legge di equilibrio di temperatura favorita al massimo grado dall'acqua, essendo questo corpo dotato della maggiore possibile capacità di calorico.

A questi fenomeni puramente fisici ne associansi altri e che chiamar si possono vitali. Vasi e nervi sono, per così dire, gli organi presi a bersaglio dal freddo, che modifica i primi nella loro contrattilità organica, in modo misterioso i secondi.

Basta avere esaminata una volta col microscopio la membrana natatoria od il mesenterio di una rana per vedere

con *Schwann* e *Müller* che sotto l'impressione del freddo i loro vasi costringonsi ad un diametro minore della metà del naturale, cacciandone in tal momento con straordinaria celerità il sangue. Una prova che ciò succede anche nell' organismo umano noi l' abbiamo nel pronto scoloramento della cute sottoposta per alcun tempo all'azione dell'acqua fredda o del ghiaccio; nel chiudersi le piccole arterie recise e poste a contatto dell'aria, ecc.

La accennata costrizione dei vasi però, e con essa l'acceleramento del circolo, non è effetto permanente di una temporaria impressione del freddo, ma cessa al cessare di questo. Vi succede in allora una dilatazione dei vasi stessi con rallentamento di circolo, che rimane e dà gli esiti della infiammazione se la fibra venne scossa da uno stimolo soverchio e troppo prolungato, ma che si cambia ben tosto in una nuova e benefica costrizione se la contrattilità dei vasi venne, per così dire, appena ridestata. La mano infatti che viene scolorata da un miscuglio frigorifero ben presto si arrossa e si congestiona, restando nei limiti di mite reazione se lo stimolo fu nè troppo forte, nè soverchiamente duraturo, infiammandosi invece se venne adoperato sotto opposte condizioni.

Ma anche i nervi abbiamo detto sono dominati dal freddo esteriore, il quale ottunde la loro sensibilità normale ed esaltata, facendola anche scomparire. Di simile potente azione ciascuno di noi ne avrà sofferte ripetute prove, nè è d' uopo ripeterle, e la chirurgia stessa seppe trarne partito per alcune semplici e superficiali operazioni.

Dominato il sistema nervoso sanguigno di una parte, ne vengono pure governate le locali funzioni da essi dipendenti ed in primo luogo le secrezioni, le quali alterate in sè stesse, ledono con anormali prodotti le funzioni degli organi che loro servono di matrice.

Qui però non s'arresta l'azione del freddo, ma ai citati fenomeni *locali*, come abbiamo già accennato, ne fanno se-

guito altri, in parti più o meno lontane e che dir si potrebbero *simpatici*, e tale intento ottiensi sia con una benefica rivulsione, sia irradiando ai centri nervosi la locale impressione.

A tutti questi effetti che possono essere unicamente obbiettivi, devonsi aggiungere quelli subbiettivi e provati soltanto da chi riceve l' impressione del freddo. Al primo versare dell' acqua sul nostro corpo si prova un senso di freddo molesto ed anche doloroso (*effetto immediato*), al quale succede ben tosto una piacevole sensazione di calore; l'individuo comprende che tutte le sue funzioni si compiono con maggiore facilità ed energia, prova un benessere, una forza, una libertà di movimento, una agilità ed una leggerezza sommamente rimarchevoli (*effetti mediati*).

Non devesi ciò nullameno credere che tali risultati si possano avere dall'acqua fredda, adoperata in qualsiasi modo; ma nella forma, nella diversa durata dell' applicazione, e nel diverso grado di temperatura del liquido usato, saprà trovare il medico il vero regolatore di tutti i risultamenti desiderati. Affinchè l' acqua abbia un' azione refrigerante, sedativa, antiflogistica, bisogna che manchi qualsiasi causa di eccitazione, di stimolo e di reazione nella forma usata; l' applicazione deve durare nè troppo a lungo, nè troppo poco, la temperatura non deve essere troppo bassa. E tutto questo per evitare la possibilità di gravi e funesti accidenti quali, la macerazione dei tessuti, la estinzione di ogni vitalità, la soppressione delle funzioni, la congelazione, la gangrena, ecc.

Tali cose dette sommariamente circa alla applicazione del freddo in generale trovano una perfetta coincidenza in ciò che si osserva nell' occhio, e se in fino ad ora non abbiamo parlato delle diverse forme sotto alle quali deve applicarsi questo agente, si fu perchè i nostri studii sono rivolti ad un organo che per la sua posizione e per le indicazioni che presenta, richiede particolari modificazioni,

le quali sebbene non uscenti dal novero delle forme in generale, meritano però speciale considerazione, che noi ben tosto avremo di mira in questa seconda parte.

Parte Seconda.

Gettando uno sguardo alle varie forme di idroterapia per curare le infiammazioni dell' occhio, vediamo che vennero messe in opera: 1.° la compressa bagnata, 2.° il bagno oculare, 3.° le lozioni esterne, 4.° le lozioni intrapalpebrali, 5.° l' applicazione del ghiaccio. Di tutti questi processi l'esperienza insegna che gli ultimi due soltanto meritano di essere apprezzati, e per le seguenti ragioni:

1.° Di facile applicazione, *la compressa bagnata* esige un continuo e pronto rinnovellamento, difficile ad ottenersi e che arreca incomodo all' ammalato bisognoso di quiete; ma oltre a ciò essa riesce di poco effetto per la sottigliezza del velamento sovrapposto all' occhio, che ad un tratto si riscalda, producendo quasi inevitabilmente cangiamenti rapidi di temperatura più dannosi che utili. Tale pratica per altro viene conservata ancora in alcuni istituti; ed anche in quello della mia patria, ove per 24 ore continue le compresse pregne di acqua fresca vengono rinnovate sull'occhio operato. Di questa cosa io sono bene lontano dal farne carico all'illustre mio maestro che dirige quell'istituto, chè anzi la diligenza e la delicatezza raccomandata ed ottenuta in chi sorveglia l' operato, suppliscono pienamente agli imperfetti apparecchi che si potrebbero in fino ad ora usare per una perfrigerazione continua.

Ma le necessarie esigenze non in ogni luogo ed in qualsiasi circostanza possono essere esaudite, e se i mezzi conosciuti hanno tutti qualche scoglio per la loro applicazione, mi lusingo di rimediarvi con quelli da me corretti ed immaginati, capaci di adempiere alla indicazione di un continuo e regolare raffreddamento oculare.

2.° *Il bagno oculare* fatto colla navicella degli antichi (Scaphium oculare) mantiene per maggior tempo la perfrigerazione, ma è talmente incomodo da meritare il generale abbandono in cui si trova.

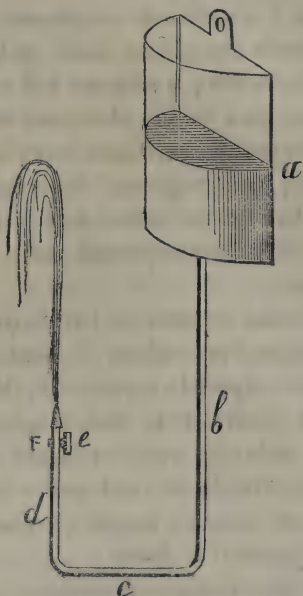
3.° *Le lozioni* o *doccie esterne* possono riescire vantaggiose per la naturale sottigliezza delle palpebre che lascia passare il raffreddamento, e sempre nei casi in cui la applicazione duri un pò a lungo, altrimenti il freddo irradiandosi più prontamente sulla periferica superficie esterna, anzichè in profondità, non raggiunge lo scopo. I processi coi quali si possono fare queste lozioni sono varii, e noi ne parleremo trattando delle intrapalpebrali colle quali sono quasi sempre congiunte.

4.° Ogni qualvolta occorra di fare arrivare una corrente d'acqua sulla congiuntiva oculare, il medico non dovrà certamente ricorrere a speciali apparecchi; basta che l'individuo, con o senza l'ajuto delle dita, tenga socchiuse le palpebre e che un assistente versi mediante un vaso foggiato a becco dell'acqua fredda in quel punto. Sebbene più semplice di tutti, questo mezzo è meglio rimpiazzato dalla siringa o dai così detti apparati a doccia.

La siringa è da chiunque conosciuta e basta spingere con essa dell'acqua fredda all'angolo interno dell'occhio fra la rima palpebrale. I secondi si possono dividere in fissi e mobili.

I fissi sono allestiti con un recipiente di sottili lamine metalliche, della capacità di tre a quattro litri (Fig. I., *a*) e dalla cui superficie inferiore si prolunga un tubo pure metallico, e del diametro da uno a due centimetri (*b*); percorso un tratto più o meno lungo in linea verticale questo cannello si piega ad angolo retto, trovandosi per circa mezzo metro orizzontale al suolo (*c*), ivi ancora si ripiega ma verticalmente in alto (*d*) venendo interrotto, al suo termine più o meno lontano, da un rubinetto (*e*). La estremità di solito è foggiata a punta aperta da un piccolo foro (*f*), ma

il tubetto terminale però deve essere mobile perchè si possa a volontà cangiare la forma del getto.

Fig. I.

Riempito il vaso (*a*) con acqua di fresco attinta, lo si appende al muro in modo che il braccio orizzontale (*c*) sia distante circa un metro dal suolo. Aperto in allora il rubinetto (*e*) l'acqua esce zampillante dalla apertura dell'ultimo tubetto, e l'ammalato standovi sovra inclinato coll'occhio ne riceve il getto.

Torna inutile l' aggiungere la descrizione degli utensili speciali destinati a raccogliere l' acqua che cade al suolo, essi sono troppo facili ad essere immaginati.

Affinchè questo apparato possa servire in una volta a più individui, si possono moltiplicare le estreme aste orizzontali e terminali munendo ciascuna di apposito rubinetto. (Fig. II., *e*, *e*, *e*).

I detti modi di procedere però obbligano l'infermo a misurare la distanza, e con essa la forza, del getto col mo-

vimento della testa; inoltre non possono essere adoperati se non quando l'individuo trovasi alzato; ma a tali inconvenienti si rimedia addattando alla superficie inferiore del vaso (Fig. III., *a*) un tubo di gomma elastica vulcanizzata uguale per dimensioni a quello metallico, e munito alla estremità inferiore di un rubinetto (*b. b.*); per la sua flessibilità questo tubo può essere mosso dalla mano istessa del paziente in qualsiasi direzione, la distanza del getto dall'occhio sarà facilmente misurata, e se l'ammalato per ispeciali condizioni non può levarsi dal letto, in allora si appende il vaso (*a*) in sua vicinanza e colla mano si dirige l'acqua zampillante entro l'infossamento dell'orbita raccogliendola poscia in un recipiente sottoposto momentaneamente alla guancia che sta inclinata sul lato medicato. Volendo anche per questo congegno utilizzare ad un tempo più fori d'u-

scita, si devono moltiplicare i tubi, e quì è meglio far partire una suddivisione fissa dal fondo del vaso (Fig. IV., *b*) anzichè lungo un tubo unico già mobile, perchè l'uso dell'uno non abbia ad impedirne il contemporaneo degli altri.

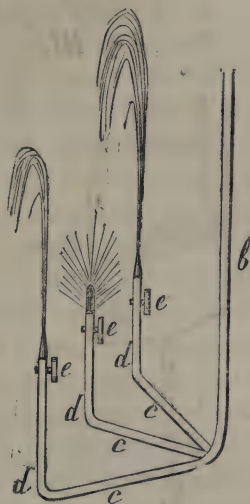
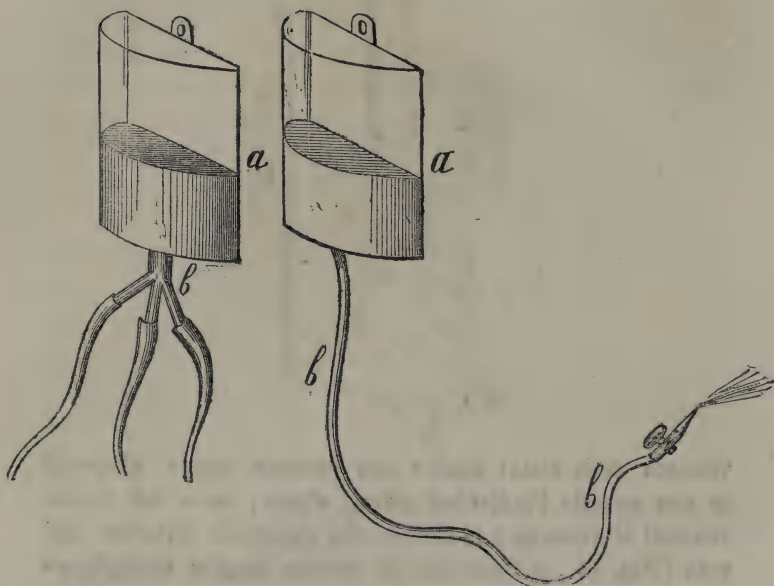



Fig. IV. *Fig. III.*

Se volessimo ora diffonderci nel lusso della scienza, potressimo a lungo intrattenerci sull' irrigatore di *Mathieu* e sull'apparechio consimile di *Charrière* figlio (1); essi sono fatti per le irrigazioni vaginali, ma servono benissimo anche per le oculari. Siccome però la loro complicazione impedirà sempre che diventino di un uso famigliare, così basta per noi di averli accennati.

---

(1) *Goffres.* « Précis iconographique de bandages, pansements et appareils », Paris, 1853.

Tutti gli apparati di cui dissimo riescono pregievoli nelle doccie intermittenti e di non troppo lunga durata, ma bene spesso il medico vede la indicazione di lavature più o meno prolungate, ed in allora servire potrà l'apparecchio introdotto negli ospedali di Parigi e che così ci viene descritto da *Fournier:* « Sulle spranghe superiori del letto all'una od all'altra estremità è sospeso un recipiente ripieno d'acqua fredda. Questo vaso, della capacità di circa due litri, termina con un becco assai sottile e munito di rubinetto. Il letto è guarnito alla estremità corrispondente di una tela cerata che si ripiega sul guanciale e discende foggiata a doccia in un recipiente posto sul suolo della camera ».

« L'ammalato sta disteso sul letto, essendo la testa esattamente posta al disotto del becco del recipiente, in questo momento il rubinetto è aperto, sia da un assistente, sia dall'ammalato istesso, e la vena liquida sorte tosto a debole getto da prima e poscia gradatamente più forte. Se l'apparecchio è bene disposto cade il filo sulla radice del naso e da ciascun lato si espande il ruscello nella specie di valle che forma, tra il rialzo frontale e malare, l'infossamento dell'orbita. È ammalato un solo occhio, una leggera inclinazione della testa dal lato corrispondente garantirà il sano dalla vena liquida. Attraversata la depressione orbitale, l'acqua scola sulla parte anteriore della tempia, ricade sulla tela cerata, e finalmente nel recipiente inferiore ».

« Nulla di più semplice in pratica, nulla di più facile ad eseguirsi », conchiude *Fournier* (1).

[Un apparecchio consimile all'ora descritto si è quello che *Chassaignac* introdusse per la cura della oftalmia purulenta dei bambini; esso si compone di un vasto recipiente della capacità di trenta litri fissato ad una muraglia e terminato con più tubi di gomma elastica vulcanizzata; questi

---

(1) *Fournier*, loc. cit.

tubi, lunghi circa due metri e mezzo, della grossezza del mignolo, presentano alla loro estremità degli orifici del diametro di due a tre millimetri. L'acqua il cui getto può essere moderato con rubinetti, sfugge dal vaso superiore, cade su gli occhi dei malati, e cola in seguito in altro recipiente. Il bambino viene coricato su di una tavola coperta di tela cerata, e tenuto fermo da più assistenti (1).

Ricord ancora non accontentandosi, se non per necessità, delle ripetute e prolungate doccie, nelle forti infiammazioni oculari, voleva che nella oftalmia blennorragica l'occhio fosse asperso e sbarrazzato continuamente dalla materia purulenta. A tale scopo, quando lo poteva, stabiliva una specie di apparecchio irrigatore destinato ad espellere incessantemente i prodotti della secrezione morbosa e ad impedirne l'accumulamento, sia fra la rima palpebrale, sia alla superficie del globo oculare. Nell'ospitale, ove questo mezzo non potrebbe facilmente essere impiegato, egli faceva praticare delle injezioni acquose nell'occhio ad ogni mezz'ora (2). Qui limitansi le nozioni relative all'apparecchio di *Ricord* il quale non può essere sostituito che dal comunemente usato negli ospedali di Parigi].

5.° L'ultimo ed importante passo che fece la scienza rispetto alla perfrigerazione dell'occhio, si fu quello d'avere posto fra i fatti certi la utilità della metodica applicazione del ghiaccio quale mezzo curativo e preventivo di gravi infiammazioni; e tale merito, come abbiamo già detto, è specialmente dovuto a *Chassaignac* e *Baudens*.

Incominciò il primo ad adoperare una sorta di mezza maschera di filo di ferro assai fino e leggero. Questa maschera coprire doveva la metà superiore della faccia, restandovi fissa per la elasticità di una molletta avente punto

---

(1) *Fournier*, loc. cit.

(2) « Gaz. des hôpitaux », 25 maggio 1846.

d'appoggio all'occipite; essa rappresentava colla sua forma un piccolo cestello a nido di piccione largamente beante alla parte sua superiore, chiuso dalla fina rete inferiormente ove non trovavansi che due larghe aperture corrispondenti alle orbite. Una volta che l'apparecchio era stato applicato si riempiva di sacchetti fatti coll'appendice cecale di montone contenenti frammenti di ghiaccio da rinnovarsi a misura che dileguavano. Ma, perchè pesante e rigida, la mezza maschera veniva ben tosto abbandonata dallo stesso inventore, il quale vi sostituiva l'apparecchio seguente:

A titolo di difesa pone egli sulla regione dell'orbita una serie di listerelle di cerotto incrocicchiantisi tra loro in modo da formare come una specie di corazza assai resistente, e sorpassante per uno o due centimetri il contorno dell'orbita.

Introdotti piccoli pezzi di ghiaccio in un sacchetto d'intestina ed ivi rinchiusi, si pongono sulla corazza fissandoli in questa posizione mediante due nastri che s'annodano alla nuca. Se amendue gli occhi sono ammalati, bisogna adoperare un sacco cilindrico a forma di budella e che si strozza parzialmente alla sua parte media. Con tali pratiche *Chassaignac* crede raggiungere un duplice scopo, quello cioè di difendere col cerotto il globo dell'occhio dall'immediato ed irregolare contatto del ghiaccio, e di mantenerlo continuamente asciutto: la perfrigerazione si fa così veramente a secco e perciò questo metodo viene meritamente lodato, ma non da *Baudens*, il quale preferisce il suo cataplasma umido a ghiaccio.

« In luogo di un sacco d'intestina, dice *Baudens*, io applico fra le pieghe di una compressa un pezzetto di ghiaccio appiatito, a foggia di mandorla, e poggiantesi in pieno sul globo oculare, senza comprimerlo. Adagio specialmente negli angoli e nelle depressioni alcune ciocche di fila sottile, e quando il freddo è troppo intenso, levo un pò di ghiaccio o meglio aumento alcun poco la quantità della fila affinchè

esso agisca meno direttamente. La fusione del ghiaccio succede assai lentamente, l'acqua che da lui proviene cade dolcemente su di una spugna sostenuta sulla guancia col mezzo di un fazzoletto. In questo modo io ottengo un vero cataplasma a ghiaccio; esso ripartisce un freddo uniforme su tutta la regione dell'occhio e con una precisione che non si può raggiungere col sacco d'intestina (1) ».

Le modificazioni introdotte poscia da *Magne* (2) e da *Langenbeck* (3) non svariarono nella loro essenza gli apparati di *Chassaignac* e *Baudens*, e se esistono fatti per provare col primo la utilità del freddo secco, non mancano quelli che col secondo convalidano i buoni effetti del freddo umido. A questo riguardo però bisogna dar ragione al più volte citato *Fournier*, il quale stenta a credere che gli ammalati possano sopportare volontieri una umidità permanente dell'orbita e della guancia: egli teme che l'epidermide e la pelle di queste parti abbiano a soffrire da quella macerazione prolungata ed al pari di *Langenbeck* osservava alcune specie di oftalmia ribelli alle fredde affusioni, perchè l'umidità, intrattenuta a lungo sull'occhio, annichilava forse i buoni effetti del freddo.

Terminata così la esposizione dei principali mezzi idroterapici oculari, nell'apprezzarne i vantaggi bisogna convenire sulla limitazione della semplice compressa bagnata alle flogosi superficiali e leggere, sulla utilità delle irrigazioni intermittenti quando si tratta di sbarazzare da sostanza nociva la superficie oculare o di destarne a nuova vita gli intorpiditi vasi, finalmente circa ai buoni effetti che si potrebbero avere da una continua e ben regolata perfrigerazione onde prevenire o combattere forti infiammazioni.

---

(1) « Moniteur des Hôpitaux » 1855.
(2) « Gazette des Hôpitaux » 1853.
(3) « Annales d'Oculistique », Tom. XXIV.

I felici risultati del non interrotto raffreddamento però sono i meno facili ad ottenersi, sia per la imperfezione degli apparecchi nella doccia continua, sia per i possibili danni da un male diretto e soverchio abbassamento di temperatura nell'applicazione del ghiaccio. L'illustre *Nélaton* attribuisce a questo agente il difetto di non lasciare riposare gli ammalati durante la notte, di provocare alle volte una bronchite, una corizza ed anche un'oftalmia catarrale; di risvegliare dolori reumatici in quelli che ne hanno la disposizione; di favorire lo sviluppo di dolori nevralgici. Queste osservazioni espone *Nélaton* (1), parlando della cura consecutiva alla operazione della cataratta, nè altrimenti la pensa *Magne*, il quale assicura che tutti i suoi operati sonosi lamentati di questa pratica. Lo stesso *Fournier* non può negare la possibilità dei citati eventi, sebbene li chiami col nome di casi eccezionali. « Gli ammalati, confessa egli, provano in seguito alla applicazione del ghiaccio sull'occhio veri sintomi dolorosi, essi lamentansi di una cefalalgia limitata alla metà del cranio corrispondente all'occhio operato, di un dolore con sensazione penosa di freddo a quest'organo, di trafitture nell'orbita, ecc., fenomeni tutti che si potrebbero attribuire alla operazione stessa, se la sospensione del freddo non bastasse, qualche volta, a farli cessare ».

Dopo ciò io credo pienamente giustificata la ritrosia di molti nel fare uso del ghiaccio quale preventivo delle infiammazioni oculari, e se vantansi per lui più lodevoli effetti quando la flogosi è insorta, resta sempre il timore che più viva abbia a ridestarsi per una accidentale o forzata sospensione. [Desiderando mettere un riparo a tali inconvenienti, modificai gli apparecchi utilizzabili per la doccia continua e ne immaginai un altro per un nuovo metodo di

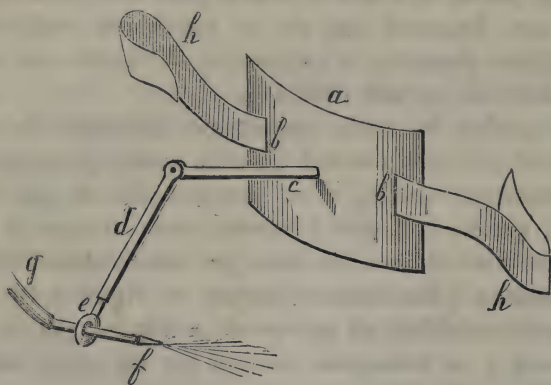
---

(1) « Éléments de Pathologie Chirurgicale », tom. III, Paris, 1854.

cataplasma freddo a secco; nel primo caso rendo meno incomoda ed assicuro la continua caduta di un filo d'acqua sull'occhio ammalato; nel secondo ottengo un freddo uniforme non troppo basso, graduabile a volontà ed agente per contatto morbido e leggero; in amendue poi riduco facile ed alla portata di chiunque la assistenza al letto dell'infermo].

Affinchè l'acqua colpisca direttamente la rima palpebrale, è mestieri che colui il quale la riceve dagli apparati ora in uso, mantenga sempre e scrupolosamente la parte da bagnarsi al dissotto del punto ove esce la vena liquida: senza questo continuo sforzo di volontà, arrischierebbe di medicare una parte sana invece dell'ammalata con un rapido e dannoso passaggio di quella a diversa temperatura. A me parve di potervi meglio riescire fissando i rapporti fra il cannello d'uscita dell'acqua e l'occhio da sottoporvi, ed ecco in qual modo:

In una sottile lastra d'ottone di forma quadrangolare, lunga cinque centimetri e larga tre (Fig. V., *a*), praticai

Fig. V.

due fenditure (*b*, *b*,), parallele ai margini più corti e della lunghezza di circa due centimetri essendone larghe mezzo; nel centro della detta piastra fissai verticalmente un'asta

dell' ugual metallo dello spessore di mezzo centimetro e dell' altezza di sei (*c*) articolantesi a cerniera con altra simile della lunghezza di otto centimetri (*d*) ed in modo che potesse essere mossa nella direzione delle fessure *b*, *b*. Questa ultima asta deve terminare forata onde immettere il picciuolo di un piccolo disco, reciso in un punto perchè a guisa di molla serva di porta-tubo (*e*). I tubi metallici da introdursi in esso nulla presentano di speciale, della lunghezza di circa cinque centimetri, del diametro di nove millimetri, saranno o foggiati a punta (*f*) con un solo forellino o termineranno smuzzati con più aperture; l' altra estremità sarà aperta e su di essa deve fissarsi un tubo di gomma elastica vulcanizzata (*g*), di lunghezza indeterminata e che deve ricevere l'acqua da ampio recipiente munito di rubinetto.

Posto l' ammalato in posizione supina con una lista di pelle, di tela, o meglio ancora di cerotto (*h*, *h*) passante per le fenditure (*b*, *b*) fisso la piastra quadrangolare sulla gobba frontale corrispondente all' occhio ammalato; inclino in senso parallelo alla faccia la seconda asta (*d*) riescendovi verticale il cannello introdotto sul porta-tubo (*f*), e girando su sè stesso il picciuolo di questo dirigo il foro d'uscita per l'acqua verso qualsiasi parte dell'occhio. In allora apro il rubinetto, e ciò faccio più o meno a seconda dell' impulso che desidero nel getto, il quale non cangerà mai i rapporti fissatigli in onta anche ai movimenti del capo dell' infermo a lui permessi per la mobilità dei tubi elastici.

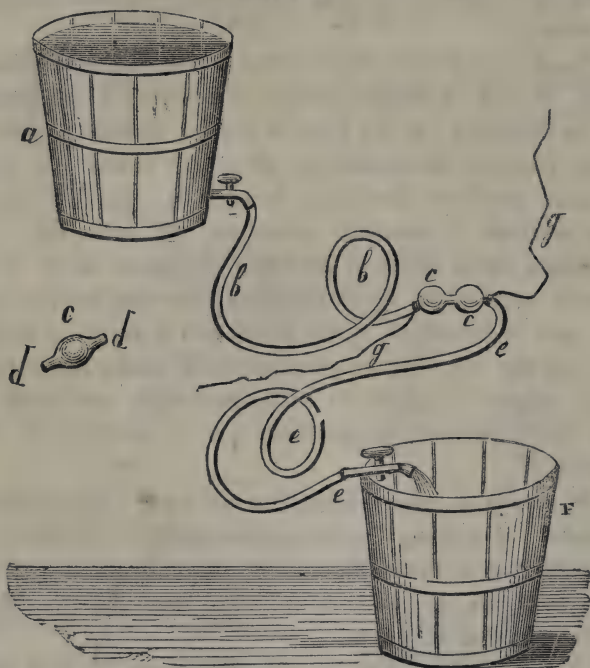
Se invece di essere ammalato un occhio solo lo fossero amendue, si duplica l' apparecchio metallico dividendo ad un punto più o meno distante la corrente unica del tubo e ciò mediante un cannello metallico con una sola bocca d'entrata e due di uscita.

[Per raccogliere l'acqua che cade serve la tela cerata precisamente come si opera negli spedali di Parigi; questo

mezzo per altro è meno facile ad utilizzarsi che non si creda, somministrando così un argomento di più per la preferenza del freddo secco all'umido quando non sianvi indicazioni speciali per quello].

I nostri studii adunque devono specialmente rivolgersi a togliere i possibili danni della diretta applicazione del ghiaccio sull'occhio, ed io spero di esservi riuscito col mio apparecchio così formato:

1.° Di un recipiente di legno o di latta della capacità di circa 40 litri, munito di un rubinetto aprente una bocca di circa mezzo centimetro, e che va posto a canto del capezzale del paziente in posizione un pò elevata (Fig. VI., *a*).

Fig. VI.

2.° Alla bocca esterna del piccolo rubinetto deve adat-

tarsi un tubo di gomma elastica vulcanizzata di lunghezza indeterminata e del lume approssimativo di mezzo centimetro (*b*, *b*).

3.° La parte più importante di questo apparecchio è costituita da una od anche da due vescichette di gomma elastica aventi il diametro longitudinale di 5 in 6 cent., il trasversale di 4 in 5 (*c*, *c*, *c*) quando sieno distese dall' acqua o dall'aria. Alle due estremità queste vescichette terminano a foggia di tubo del diametro del poc' anzi nominato (*d* *d*).

4.° Ancora è necessario un tubetto elastico capace di raggiungere il suolo partendo dalla testa dell' infermo; avrà le dimensioni del primo *b*, *b* e sarà munito alla estremità sua inferiore di un rubinetto uguale a quello che sta infisso al fondo del vaso superiormente situato (*e*, *e*, *e*).

5.° Finalmente occorre un vaso di una capacità non minore del già accennato e che va posto sul suolo (*f*).

Quali accessorii per completare l' apparato si devono preparare varie cannette di vetro, a margini smuzzati, del lume dei tubi elastici e della lunghezza di 3 in 4 centimetri, non che alcuni fili e nastri: i primi servono a riunire fra loro le diverse parti dell' apparecchio, gli altri a rendere più salde, se occorre, queste unioni ed a fissare le vescichette sul volto dell'ammalato (*g*, *g*).

Procurata con tali mezzi una non interrotta comunicazione fra tutte le parti ora descritte, si pongono le vescichette appassite (supponiamo in azione il doppio apparecchio) sugli occhi previamente chiusi, ed ivi si fermano annodando i nastri (*g*, *g*) alla nuca. Ciò fatto si aprono i due rubinetti e l'acqua passa dall'una nell'altra parte versandosi nel secchio inferiore, e così seguita infino a che il recipiente superiore resta vuoto.

Adoperando l'acqua di recente attinta, l'ammalato sente immediatamente una fresca e non mai disgustosa impressione, ma spesse volte gonfiando le vesciche ne soffre per il soverchio peso ed anche per la pressione se i nastri sono

allacciati troppo strettamente; appunto per iscansare questo pericolo io posi ai punti estremi dei conduttori elastici i rubinetti, che bene governati servono di infallibili regolatori. E per verità se la bocca del rubinetto superiore sarà più ampia dell'inferiore, l'acqua tenuta a bada nel suo sortire tenderà le parti per le quali passa, ma se invece sarà maggiore il lume del foro d'uscita, ciò non succederà, e le vescichette resteranno appassite, compiendosi però sempre nel loro interno una corrente continua; colla pratica di pochi momenti poi si riesce ad ottenere qualsiasi desiderata tensione.

Come è naturale, la temperatura mantenuta sulle palpebre sarà determinata da quella dell'acqua che scorre, e se ne abbisogna una più bassa di quella del pozzo, basta immettere nel recipiente superiore dei pezzi di ghiaccio e mantenerveli a permanenza, in questo modo non si discenderà mai sotto allo 0°, sopportandola sempre l'infermo senza molestia; nè evvi a temere che il liquido percorrendo il tubo (*b*, *b*) abbia a risalire nella propria temperatura, giacchè l'esperienza mi dimostrò il contrario.

La grata impressione ricevuta dall'ammalato non è passaggera, ma duratura; un facile riposo gli è concesso, e varii dei miei operati, nei quali usai questo mezzo, dormirono tranquilli la notte susseguente alla operazione; quando poi non veniva loro contrastato dai riguardi dovuti alla malattia, potevano anche muovere il capo, levarsi a sedere sul letto senza mai interrompere il corso dell'acqua. Per riescire in ciò per altro è necessaria una bastevole lunghezza nei tubi, non che una notevole altezza del recipiente superiore (*a*), perchè il paziente non deve mai portare le vescichette ad un livello superiore a quello del liquido in esso contenuto.

Giunto il momento di levare l'apparecchio, non hansi a temere i pericoli di una troppo brusca sospensione; ciò nullameno, se l'acqua fosse gelida, si incomincia a sospen-

dere la immissione del ghiaccio un giorno prima; e se non insorge reazione, chiudesi nelle veschichette una discreta quantità di acqua e si lascia che a poco a poco partecipi della temperatura del corpo; in allora se ne rinnova per un tempo più o meno lungo il corso interrotto, sospendendolo ancora tratto tratto finchè si creda poter levare l'apparato.

Adoperata nell'indicato modo la corrente d'acqua serve quale cataplasma freddo a secco; se lo si volesse umido basterà sottoporre alle vescichette alcune compresse bagnate, le quali per la bassa temperatura che loro sta sopra a lungo conservano l'umidità.

Invece dei sacchetti di gomma elastica possonsi adoperare porzioni d'intestina dell'uguale diametro, brevi se trattasi di medicare un occhio solo, più lunghe e strozzate parzialmente nel mezzo, se due. Questa sostanza animale però porta seco l'inconveniente di putrefarsi dopo alcuni giorni e di lasciare bene spesso trapelare un pò di umidità; il primo di questi inconvenienti può rendersi meno sentito avvolgendo il pezzo d'intestina, già chiuso alle estremità, in un altro, ed il secondo si può togliere del tutto sottoponendo ad essi un piccolo quadrato di sottile taffettà non gommoso. Se al cataplasma freddo a secco od all'umido occorresse ancora aggiungere la doccia intermittente, non si ha che a rivolgere verso l'occhio, reso scoperto, la punta del rubinetto d'uscita e con quello lavarne per un tempo più o meno lungo la superficie. Se il getto uscente fosse troppo grosso e debole, lo si rende più sottile e forte, o se ne cangia anche la forma, apponendo alla bocca di uscita un apposito tubetto, il quale si leva alloraquando, bene asciugate le parti, rimettesi il tutto allo stato di prima.

In queste pratiche puramente meccaniche il medico può essere ajutato da un abile ed istrutto infermiere, per il quale poi il lieve disturbo del costante mantenimento del-

l'acqua verrebbe ad essere attenuato se si esercitasse l'arte oculistica in uno stabilimento ove fosse dato condurre nella sala oftalmica un filo perenne di acqua fredda. Ciò valga anche per le docciature intermittenti e continue, nei quali casi tutti se fosse necessario un maggiore abbassamento di temperatura basterebbe raccogliere l'acqua in un recipiente contenente ghiaccio e dal quale si dipartisse il voluto apparecchio.

Lontano dal volere menar vanto del pensiero che mi venne di adoperare nel modo descritto il cataplasma freddo a secco, sono io il primo a confessare che ne trassi la idea madre da ciò che già da parecchi anni si usa nei manicomii o negli ospitali per il raffreddamento continuo al capo; e se cambiando la forma della borsa distendibile dall'acqua l'addattai all'occhio, ne ho già il maggiore possibile compenso nei risultati che ottenni.

Parte Terza.

Non havvi certamente anche fra noi alcun istituto destinato al ricovero di ammalati d'oculistica, e nel quale non siensi fatte cure idroterapiche, ma i casi ivi osservati restano isolati e non conosciuti, mentre potrebbero sorgere come validi testimonii dei progressi dell'arte. Se ciò fosse, la idroterapia oculare occuperebbe anche nel nostro paese il posto che merita, al qual fine io desidero che sieno rivolti gli studii degli specialisti.

Nella esposizione che sto per fare dei casi che mi appartengono, anzichè seguire l'ordine delle varie infiammazioni dell'occhio in riguardo alla loro sede, mi atterrò alla diversità del metodo adoperato, deducendone quelle conseguenze che risulteranno dal complesso dei fatti. Lascierò di parlare dei casi più leggeri, e nei quali può bastare, come cura, la semplice compressa bagnata; lo stesso farò circa al bagno oculare colla navicella, perchè non ho mai vo-

luto adoperarla; siccome poi non feci mai uso isolatamente delle doccie extra-palpebrali, ma sempre come precedenti le intra-palpebrali, così occorrerà farne cenno unitamente a queste. Ed ecco che mi riduco a dire: *A*) della doccia intermittente; *B*) della continua; *C*) della applicazione fredda a secco; *D*) del metodo misto.

Con questi mezzi si ha quanto basta per ottenere un effetto detersivo, astringente, antiflogistico ed eccitante, nei quali epiteti si compendia tutta la terapia idroterapeutica contro le infiammazioni dell'occhio.

A) *Doccia intermittente.*

Osservazione I. — Oftalmia egiziaca (1).

Cagliari Speciosa, da S. Benedetto, contadina, d'anni 20, entrava nel civico ospedale di Mantova li 13 marzo 1857.

All'epoca del suo ingresso presentando l'inferma i sintomi di acutissima infiammazione, veniva trattata con metodo energico antiflogistico e rivulsivo, riducendola ad uno stato di notabile miglioramento, ma da qualche tempo stazionario quando alla metà del mese di maggio di quell'anno veniva affidata alle mie cure. In allora sussistevano: fotofobia grande, leggiera injezione alla congiuntiva, offuscamento delle cornee alla metà loro superiore, panno incipiente; la mucosa palpebrale avea manifeste granulazioni; nulla eravi di abnorme alle parti profonde. Mi parve fosse giunto il tempo di una cura eccitante astringente e mi prevalsi a ciò dell'acqua fredda.

Ai primi del susseguente giugno la sottoposi quindi alla doc-

---

(1) [A testimonio di tutti i fatti che sto per narrare, ebbi il mio collega ed amico dott. *Cesare Borchetta*, che tanto lodevolmente mi coadjuva nel buon andamento della affidatami divisione e che eseguiva parecchie delle indicate operazioni. — A ciascuno dei casi poi credo dovere aggiungere i dati individuali, mancanti all'atto della presentazione della Memoria, perchè non venisse tradito il voluto segreto circa al nome dell'Autore].

cia intermittente della durata di 3 in 5 minuti e ripetuta tre volte in 24 ore. L'ammalata faceva uso della doccia ascendente mobile con un solo filo d' acqua, appena attinta; al primo getto suscitavasi una involontaria contrazione dell'orbicolare, chiudendosi le palpebre; ma dopo pochi momenti di docciatura extra-palpebrale, l'inferma riusciva a fare penetrare il getto sul bulbo ed ivi lo manteneva per il tempo indicato. Cessata la irrigazione subentrava alla parte un senso di mite reazione, la paziente ne provava sollievo ed avrebbe voluto ripetere più di sovente la applicazione dell'acqua.

Nel breve termine di tre giorni di una tal cura la fotofobia era cessata, nello spazio di quindici vedevasi anche una notevole diminuzione nella vascolarizzazione abnorme, e le granulazioni erano meno palesi. Ma a più presto accelerare la guarigione, alla doccia aggiunsi l'uso di collirio astringente ed i tocchi di solfato di rame sulle granulazioni, per una volta al giorno, e questi mezzi uniti riuscirono di grande giovamento. Come prova però che l'acqua fredda meritava il primo posto, stà il fatto che sospese per alcuni giorni le docciature gli occhi si arrossarono di bel nuovo, per cui le ripresi continuandole fino ai primi del vegnente agosto. Da questo tempo la Cagliari si fermò per varii giorni nell'ospitale senza cura e senza soffrire incomodo alcuno; ogni rossore era svanito, il panno impercettibile, le cornee aveano riaquistata la loro trasparenza, le granulazioni erano atrofizzate; la giovine divideva volonterosa le fatiche colle infermiere, e nel giorno 17 agosto veniva dimessa guarita.

Osservazione II. — Oftalmia egiziaca.

Cagliari Barbara, d'anni 17, sorella dell'ora nominata, entrava pure nel civico ospedale di Mantova li 13 marzo 1857, ove io la ritrovai presso a poco nelle medesime condizioni dell' altra, per avere subìte le medesime vicende. Prima di passare alla cura idroterapeutica tentai la instillazione sugli occhi di semplici collirii astringenti, cercando di assuefare gradatamente l'inferma ad affrontare la luce, ma la fotofobia punto non scemava, chè anzi cresceva, ed una volta insorse viva injezione vascolare alla congiuntiva del bulbo che moderai colla applicazione di mignatte nelle vicinanze. Passati quindici giorni e tornata la paziente allo stato in

cui l'avea riscontrata, intrapesi la cura identica a quella esposta nell'antecedente fatto. L'effetto fu prontamente utile in riguardo alla fotofobia, la quale scomparve in 3 o 4 giorni; più lento ma costante fu per le altre alterazioni, e l'ammalata trovandosi bene, volle spontaneamente sortire dall'ospitale agli ultimi di settembre del medesimo anno.

Osservazione III. — Oftalmia catarrale.

Moretti Giuseppe, da Montrigiasco, domiciliato in Mantova, d'anni 31, ombrellajo, entrava nel civico ospedale locale li 2 gennajo 1857.

In causa di freddo umido sofferto circa tre settimane prima della sua entrata, gli si congestionarono gli occhi, unendovisi lacrimazione viva ed abbondante secrezione di muco il quale condensandosi ai margini palpebrali cementava fra loro le ciglia.

All'atto della prima visita all'ospitale l'infermo presentava rossore vivo alla congiuntiva del bulbo ed alla mucosa palpebrale da ambo i lati, soffriva di poca o nessuna fotofobia, era in lui permanente la viscosa secrezione mucosa, ed integre mostravansi le parti profonde.

Al giorno 3, non potendo disporre dell'apparecchio a doccia, si applicano 8 mignatte a ciascuna tempia, nè accorgesi di alcun vantaggio. Nel vegnente giorno, incomincio l'uso delle docciature intermittenti ripetute tre volte al giorno e per la solita durata e continuando in questa pratica in 24 ore, all'11 si può rilevare che il rossore è quasi scomparso, non essendovi più traccia di abnorme secrezione. Da questo tempo al 20 il progresso verso la guarigione è meno rapido, ed unisco alla doccia un collirio leggermente astringente. Al 24 sospendo l'applicazione dell'acqua e l'ammalato s'accorge che l'occhio sta per irritarsi e ben tosto l'injezione vascolare aumenta; ritornai subito al lasciato rimedio e nello spazio di altri 6 giorni ogni residuo d'infiammazione svanisce, uscendo l'infermo dall'ospitale ai primi di febbrajo perfettamente guarito.

Osservazione IV. — Congiuntivite semplice.

Nebuloni Giovanni, da Milano, domiciliato in Mantova, d'anni 19, guardia di finanza, dopo essersi esposto all'infuocato calore

di una stufa, veniva colto da infiammazione ad amendue gli occhi, la quale curata per otto giorni ed inutilmente colle compresse bagnate d'acqua fredda, lo obbligava nel 15 gennajo 1858 a ricorrere a questo civico ospedale.

Una squisita fotofobia, un vivo rossore a tutti i vasi congiuntivali, l'abbondante lacrimazione, il senso di corpo straniero, erano i sintomi che dinotavano una congiuntivite di decorso acuto. In vista di ciò, nel giorno successivo alla sua entrata, assoggetto il paziente alla doccia intermittente adoperata nel modo anzidetto; dopo 48 ore la fotofobia scompare, dopo quattro giorni si vede notabile miglioramento che progredisce fino al 24 dello stesso mese; ma da questo tempo il male si fa stazionario, per cui indi a poco faccio applicare sei mignatte a ciascuna apofisi mastoidea. Tale pratica riuscì salutare perchè, continuando le docciature, in breve tempo ogni traccia di injezione svanisce ed al 1° di febbrajo si sospende ogni medicatura; al giorno 13 successivo viene dimesso guarito dopo 12 giorni di ben riuscita prova.

Osservazione V. — Iritide sifilitica.

Scarabelli Andrea, da Pegognaga, d'anni 41, contadino, cercava asilo nel civico ospedale di Mantova li 24 febbrajo 1858.

Già da parecchi anni quest' individuo pativa di iritide destra quale conseguenza di ulceri sifilitiche primitive al pene, e mal curate; il suo male era soggetto a frequenti risalti, ponendosi a ciò riparo con metodo antiflogistico. Da circa 8 giorni in seguito ad insolazione era stato colto da forte recrudescenza, che il paziente accusava per acuto dolore al sopracciglio destro, offuscamento di vista, ed injezione oculare. Al momento della di lui accettazione continuava forte il dolore sopraorbitale, eravi una fina injezione dei vasi congiuntivali e della sclerotica formanti cerchio attorno alla cornea, il colore dell'iride era più carico dal lato ammalato che non lo fosse dal sano, la pupilla destra era irregolare, contratta ed immobile sotto le variazioni della luce con varie sinechie anteriori, il fondo dell'occhio leggermente offuscato.

Trattandosi di male sostenuto da causa generale interna, non ho voluto affidarne la cura alla semplice acqua fredda. Premesse quindi alcune cacciate locali di sangue, l'uso di unzioni narcotiche al sopracciglio, la somministrazione di qualche purgante, e

tutto ciò con poco o nessun vantaggio, incominciai la somministrazione del calomelano a piccole dosi, e dopo 18 giorni di cura ancora inutile vi associai le docciàture che l'infermo per il benessere provato prolungava a circa 8 minuti. In pochi giorni scompajono i sintomi di infiammazione superficiale; continuando per un mese in questa cura mista cedono anche i profondi, ed al 15 del susseguente aprile non avendo lo Scarabelli che le incurabili sinechie, sorte guarito dallo stabilimento.

Alla fine del p.° p.° maggio mi si presentò l'occasione di rivederlo e costante nel miglioramento ottenuto.

Osservazione VI. — Congiuntivite per l'entrata di un corpo straniero.

Nel giorno 13 marzo 1858, certo Alberini Romolo, d'anni 19, da Mantova, muratore, s'accorgeva che una goccia d'acqua pregna di calce entravagli nell'occhio sinistro; subito curavasi il giovine con bagnoli di acqua ed aceto, ma senza vantaggio, per cui dopo due giorni ricoverava in questo spedale in cerca di miglior cura. L'infermo presentava una vivissima injezione vascolare alla congiuntiva, pativa di grande fotofobia, di abbondante secrezione di lagrime e di muco, accompagnati essendo tutti questi sintomi da sensazioni di corpo straniero, che più non esisteva, fra le palpebre ed il bulbo. Sottopongo l'infermo alla solita docciatura per due volte nella giornata, ed al 21 dello stesso mese esce guarito dall'ospitale.

Osservazione VII. — Cherato-congiuntivite acuta.

Beteghella Giovanni, d'anni 47, da S. Pietro in Valle, domiciliato in Mantova, infermiere, forse per avere sofferto contatto impuro all'occhio destro nell'esercizio delle sue incumbenze, ne ebbe grave irritazione alla congiuntiva di questo, la quale trascurata, fece sentire la sua influenza alla cornea. Solamente dopo 15 giorni di ostinazione sua, e quindi del male, al 1.° di maggio 1858 l'ammalato si decise di occupare un letto nella sala oftalmica; la chemosi era rilevante, la secrezione lacrimale colla mucosa abbondante, la cornea ulcerata al suo centro ma nelle sole lamine superficiali, la pupilla contratta ed immobile; eravi ipopion, offuscamento del fondo dell'occhio, perdita totale della vista.

Frammezzo a tanta imponenza di sintomi, e trovandomi in sul principiare appena delle mie ricerche, non ebbi il coraggio di affidare alla sola acqua la cura necessaria per questo caso, quindi nei primi tre giorni consecutivi alla entrata feci ripetere una sottrazione locale alle apofisi mastoidee; non manifestandosi alcun giovamento, al giorno 5 incominciai a far uso della doccia intermittente a pennacchio per tre volte al giorno, e nella solita durata. Dopo sei giorni di questo semplice trattamento la chemosi scema e l'ipopion scompare, ma indi il progressivo miglioramento si fa stazionario, per cui è duopo ricorrere ad una sottrazione locale, dopo la quale la sola doccia, resa ancor più fredda colla aggiunta di pezzetti di ghiaccio all'acqua, e continuata per tre settimane, riduce l'infermo a buonissimo stato, non lasciandogli che una piccola macchia nel centro della cornea ed un offuscamento di vista che andava mano mano dileguandosi.

[Al presente infatti la sua vista sarebbe perfetta se la macchia centrale non gliela inceppasse alcun poco].

Osservazione VIII. — Blefarite con congiuntivite.

Gartenuti Gaetano, da Bassano, domiciliato in Mantova, d'anni 31, stampatore, animalava li 20 aprile 1858, per risipola alla faccia ed al collo, avendone ad effetto un ascesso alla palpebra superiore destra; l'affezione però non limitossi all'esterno, ma invadendo la congiuntiva l'avea arrossata ed infiammata. Nel giorno 11 del vegnente maggio l'infermo entrava in questo civico ospitale, portante una piaga in piena granulazione su tutta la faccia esterna della palpebra nominata, la congiuntiva era di molto arrossata per injezione sanguigna, la fotofobia forte, la lacrimazione abbondante dal lato ammalato. Si mette in opera la doccia intermittente a pennacchio per due volte al giorno, ed al 28 dello stesso mese si è ottenuta una completa guarigione e della piaga e della congiuntivite.

Osservazione IX. — Irido-congiuntivite doppia.

Boccasanta Francesco, da Mantova, d'anni 71, contadino, entrava nel civico spedale locale li 5 giugno 1858.

Insorgeva il male in seguito a protratta insolazione, e trascurato per dodici giorni, al momento della accettazione dell'infermo

presentava i seguenti caratteri: rossore vivo della congiuntiva, la quale faceva già rialzo chemotico attorno alla cornea ancor lucida e trasparente; continuava abbondante la secrezione delle lacrime e del muco; il campo pupillare vedevasi ristretto, l'iride di colore cinereo oscuro non reagiva alla impressione della più viva luce; il fondo dell'occhio era leggermente offuscato, la fotofobia in grado eminente, ed un acuto dolore sopraorbitale tormentava incessantemente l'infermo. A tali sintomi comuni ad amendue gli occhi si aggiungeva per il sinistro una effusione sanguigna nella camera anteriore. Pativa ancora l'ammalato di abituale bronchite catarrale in allora fortemente esacerbatasi.

Di fronte a questi sintomi di grave acutezza, stetti in forse fra la scelta del freddo a secco, di un metodo misto o delle doccie semplicemente intermittenti; mi parve però che i vasi fortemente congesti avessero bisogno di essere eccitati nella loro contrattilità, e presi questo partito; sottoposi quindi subito il paziente alla doccia intermittente a pennacchio per due volte al giorno, abbassando la temperatura dell'acqua con del ghiaccio; dopo due giorni di simile trattamento la fotofobia era scomparsa, non vedevasi più traccia di effusione sanguigna, il rialzo della congiuntiva erasi appianato e traspariva al dissotto di essa la più fina injezione nella sclerotica. Il vantaggio era comune ad amendue gli occhi, ma il dolore sopraorbitale, quasi svanito a destra, persisteva a sinistra. Onde vincere tale insistenza si ripete tre volte al giorno la doccia, la quale fa sì che al 14 dello stesso mese sia svanito ogni sintomo infiammatorio, e si desista dalla cura idroterapeutica.

B) *Doccia continua.*

Una sola volta mi posi ad esperimentare sugli occhi la doccia di acqua fredda a corrente continua; ed io l'aveva già messa in opera da 12 ore, quando per circostanze inerenti al raccoglimento del liquido vi sostituii, e con esito felice, un metodo misto. [Io riporterò adunque l'accennato caso quando parlerò di questo mezzo, non avendo più adoperato il primo per la mancanza di casi gravi ed imponenti e nei quali sarebbe stato necessario riccorrervi onde mantenere

di continuo sbarazzata la superficie oculare da una sostanza irritante contagiosa].

C) *Applicazione fredda a secco.*

Osservazione X. — Cataratta doppia.

Tonelli Stefano, da Bondeno, d'anni 73, contadino, da due anni affetto da cataratta capsulo-lenticolare doppia, entrava nel civico ospedale di Mantova li 9 novembre 1857.

Semplici e dure, le cataratte venivano depresse al giorno 21 dello stesso mese, ed appena terminato l'atto operativo sottoponevasi il paziente al freddo secco continuo mediante il mio apparecchio. Da questa applicazione egli risente sollievo per la grata frescura che gli scorre sugli occhi e dorme tranquillo i suoi sonni. Senza che mai insorga alcun sintomo morboso, continuo in questo mezzo fino al 24 veniente, nel qual giorno lo sospendo gradatamente, abbandonandolo affatto al 25. All'ottavo giorno dall'operazione trovo che l'ammalato disceso dal letto andava facendo *le sue prove* delle quali si trovava contento; da questo tempo la vista andò sempre rinfrancandosi, e per circostanze indipendenti dall'operazione il Tonelli si ferma allo spedale fino al 16 del susseguente dicembre, nel qual giorno esce perfettamente guarito.

Osservazione XI. — Cataratta doppia, operata quella dell'occhio destro.

Canossa Teresa, da Poggio, domiciliata in Mantova, d'anni 84, ex cameriera, entra nel civico ospedale locale li 22 novembre 1857 onde farsi operare dall'occhio destro, dicendo non ancora matura l'affezione sinistra.

Così era infatti, ed al 24 dello stesso mese si deprime l'apparato capsulo-lenticolare destro, rimanendo un piccolo fiocchetto di capsula opacata nel campo pupillare, che si affida all'assorbimento. Sottoposto l'occhio operato alla perfrigerazione secca, la si continua per tre giorni consecutivi senza alcun incomodo dell'inferma. A questo tempo si scorge un leggero edema della duplicatura inferiore della congiuntiva, si sospende gradatamente l'applicazione del freddo e ben presto scompare. Unicamente per seguire i mutamenti del rimasto fiocchetto capsulare si trattiene

per alcun tempo la Canossa nello stabilimento, ed avuta la certezza che quel corpo andava scemando per assorbimento, al 16 gennajo 1858 la si dimette.

Dopo due mesi rividi la operata, ed essendo svanita la rimasta porzione di capsula, godeva di una vista invidiabile per chiunque alla sua età.

Osservazione XII. — Cataratta destra.

Boni Antonio, da Schivenoglia, d'anni 64, contadino, veniva accolto nel civico ospedale di Mantova li 28 aprile 1858.

Da tre anni ammalato per cataratta capsulo-lenticolare destra, vivamente instava per esserne liberato; prima però di aderire al suo desiderio tolsi una saburra gastrica che la complicava e solo al giorno 10 del seguente maggio lo si operava colla depressione. Si ricorre subito al cataplasma freddo a secco, e sebbene dopo 12 ore insorgesse il vomito e si ripetesse per 4 volte nella notte successiva, facendo l'ammalato ogni sorta di movimenti col capo, l'apparecchio seguita ad agire. Nulla accade di funesto per tale accidente e continuo fino alla sera del giorno 12 in tale mezzo; in allora incomincia a manifestarsi un leggiero edema alla duplicatura inferiore della congiuntiva, e nella seguente notte sospendo gradatamente la corrente fredda; al giorno appresso l'edema scompare ed al 5.° dall'operazione l'ammalato dice di star bene perchè vede dal lato destro e l'esame dell'occhio lo conferma. Ma troppo confidente l'operato discende clandestinamente dal letto esponendosi alla viva luce di una finestra, la parte già ammalata si irrita riportandone lacrimazione, fotofobia ed injezione vascolare; contro a ciò si adopera la doccia intermittente e sebbene il Boni continuasse in una non interrotta serie di clandestini disordini, pure riesco a guarirlo, ed al giorno 8 luglio 1858 viene dimesso.

Non hò posto questo caso fra i curati col metodo misto, perchè alloraquando diedi mano alla doccia intermittente avea già scansati colla perfrigerazione a secco i pericoli susseguenti alla operazione; ciò valga anche per altri.

Osservazione XIII. — Cataratta doppia, operata quella dell'occhio destro.

Bertellini Giuseppe, da Mantova, d'anni 5, da due mesi dopo

la nascita dava segno di perdere nella vista, la quale andò mano mano scemando fin quasi alla cecità. Condotto dalla madre a questo spedale nel giorno 10 maggio 1858, scorgesi il ragazzo affetto da due cataratte lenticolari, foggiate come a varii triangoli colla base alla periferia e l'apice al centro; il campo pupillare non era totalmente offuscato, ma qua e là attesa la irregolarità del margine lenticolare passavano alcuni raggi luminosi.

Per la somma inquietudine del ragazzo stabilisco di operarlo, per allora, da un solo occhio, il che faccio al 15 dalla parte destra. Durante i maneggi della operazione la lente depressa risalì più volte e presi il partito di ridurla a frammenti, sebbene molto dura; riescitovi per quanto lo permetteva il continuo dibattersi del piccolo infermo e fiducioso nella forza assorbente, levo l'ago e sottopongo la parte operata al solito apparecchio a secco; si riesce a mantenere in azione la corrente continua per tre giorni, seguitando però sempre il ragazzo, quando era svegliato, a fare violenti movimenti laterali col capo. Al quarto dì sospendo gradatamente la applicazione del freddo essendo l'occhio immune da qualsiasi abnormità. Al giorno 4 del vegnente giugno il ragazzo viene dimesso, benchè avesse guadagnato poco nella facoltà visiva, nella speranza che la forza assorbente dell'età sua possa risparmiargli una nuova operazione.

Osservazione XIV. — Edema calido della congiuntiva.

Barani Domenico, da Modena, domiciliato in Mantova, entrava nel civico ospedale locale il 1.° dicembre 1857.

Da 16 giorni ammalato per edema calido della congiuntiva destra, da causa ignota, veniva curato a casa con blando metodo antiflogistico, con purganti, colla puntura dell'edema, senza che questi mezzi gli giovassero. Al momento della sua entrata il Barani avea la congiuntiva di colore rosso vivo ed edematosa, che faceva rialzo all'intorno della cornea; pativa di molesto prurito nell'occhio come per la presenza di corpo straniero, di lacrimazione abbondante, di lieve fotofobia, non chè di un dolore temporo-sopracigliare alla parte ammalata.

Al giorno 2 prossimo sottopongo la parte al cataplasma freddo e secco, ed al 3 l'infermo si sente meglio, anche il rialzo della congiuntiva è diminuito al pari che il rossore di essa, ed il senso

di prurito è quasi scomparso. Nei due giorni successivi si continua nella incominciata perfrigerazione che al 6 si sospende gradatamente, essendo svanito il prurito e diminuiti gli altri sintomi nella loro intensità. Sembravami giunto il tempo opportuno per usare della doccia intermittente onde dissipare colla suscitata energia dei vasi la poca congestione rimasta; ma l' ammalato sentendosi bene, si sottopone per sole due o tre volte alla doccia, volendo essere dimesso nel giorno 8 dello stesso mese.

Osservazione XV. — Iritide acuta.

Ferri Luigia, di Castellucchio, domiciliata in Mantova, d' anni 57, servente, già da parecchi anni fu interpolatamente affetta da un male simile all' attuale e che in questa volta insorgendo per prolungata insolazione, la obbligava ad entrare nel 5 maggio 1858 in questo civico spedale.

Il solo occhio destro era ammalato, e dall' esame di esso si scorge che l' inferma soffre di squisita fotofobia, di un dolore continuo ed acuto al sopracciglio corrispondente, che i vasi della sclerotica finamente injettati fanno cerchio intorno alla cornea, che l' iride, di colore più carico in confronto del lato sano, contratta e stirata al lato suo interno, resta immobile alle diverse impressioni della luce.

Volli tentare il metodo antiflogistico ripetendo nei giorni 6, 7 e 9 una applicazione di mignatte alla tempia, spalmando in pari tempo con unzioni narcotiche il sopracciglio, ma il tutto senza alcun vantaggio. Lasciata l' inferma per due giorni senza rimedii e sempre nell'uguale tormentoso stato, al giorno 12 tento la perfrigerazione secca a corrente continua; appena applicato il sacchetto freddo sull' occhio, cessa il dolore sopraorbitale come per incanto, ed una notte quieta e ristorata da un desiderato sonno tiene dietro alla felice giornata; in tale benessere, e sempre sottoposta al freddo, continua fino al giorno 14, nel quale dicendosi l' ammalata risorta a nuova vita, per la cessazione del dolore e della fotofobia, si sospende gradatamente e ad intervalli il corso dell'acqua. Al 15 levo l'apparecchio, essendo scomparso ogni sintoma locale e simpatico, solamente l'iride si contraeva un pò lentamente e dilatata dall'atropina si presentava ancora un pò irregolare, ma a poco a poco anche ciò svanisce ed al 25 maggio l'ammalata sorte guarita.

Al 13 del p.° p.° giugno ebbi occasione di vedere la Ferri, la quale benedicendo l'acqua fredda, mi assicurava di non avere sofferto alcun male dal momento della sua uscita dall'ospedale.

Osservazione XVI. — Glaucoma destro, operato colla iridectomia.

Il fatto che sto per esporre appartiene al terzo stadio della malattia, e se praticava in esso la iridectomia, si fu solamente per mitigare nel paziente l'acutissimo dolore sopraorbitale che l'accompagnava.

Villa Giuseppe, da Moglia Gonzaga, contadino, d'anni 60, entrava nel civico ospedale di Mantova li 13 marzo 1858.

Da circa tre mesi quest'ammalato soffriva di forte dolore sopraorbitale destro e da quel tempo pure s'accorgeva di una progressiva diminuzione della facoltà visiva da quel lato, perduta al suo entrare nello stabilimento. Una viva injezione varicosa occupava in allora tutto il campo congiuntivale dell'occhio ammalato, la cornea trasparente lasciava vedere l'iride di colore cinericcio oscuro, frangiata al suo margine, immobile e circoscrivente un campo pupillare ampio. Le parti interne del bulbo avevano un colore verde-bianchiccio sul quale riflettevasene uno rosso vivo dalla coroidea congesta e scarsa di pigmento; la consistenza del globo oculare era maggiore dal lato ammalato anzichè dal sano, ed un dolore sopraorbitale dei più acuti non lasciava un momento di riposo allo sgraziato infermo.

Riusciti vani tutti i mezzi che l'arte suggerisce per intorpidire il tormentoso male, il giorno 28 del seguente aprile passai al taglio di porzione dell'iride al lato suo esterno, secondo i precetti di *Graefe*. Alla puntura delle membrane successe una abbondante effusione sanguigna interna, ma afferrato senza vederlo il margine dell'iride, l'estrassi e lo escisi. Dal momento della operazione ogni dolore sopraorbitale svanisce, ed allo scopo di impedire ogni reazione, sottopongo la parte operata alla perfrigerazione continua. Siccome poi il *Graefe* consiglia di far succedere all'operazione una leggiera compressione e di seguitarla per alcune ore, così dispongo l'apparecchio in modo che la vescica abbia a riescire tesa, e l'annodo un pò strettamente alla nuca. Non soffrendone l'ammalato, lo tengo in questo stato per sei ore e rendendo poscia la vescichetta

meno tesa, lascio in sito l'apparecchio pei successivi giorni 29 e 30. Intanto la injezione oculare va diminuendo, il sangue è riassorbito e si vede che buona porzione dell'iride era stata escisa.

Abbandonata al 1.° di aprile ogni cura, continua il benessere per il paziente, ed al 5 di questo mese, scomparsa ogni congestione alla parte interna, ne restano alcune traccie ai contorni della ferita, contro alle quali si adopera la doccia intermittente per cinque giorni di seguito. A questo tempo l'ammalato sarebbe stato dimissibile, se non fosse insorta un'affezione gastro-epatica che nel giorno 22 giugno lo trasse alla tomba. Frattanto gli umori opacati dell'occhio si erano portati verso l'iride, la quale perduta ogni traccia di fibra muscolare stava per lasciare ad essi libero il passaggio, se ad un tratto alterati e disciolti, non avessero presa la via della ferita praticata. Alla autopsia trovaronsi nell'occhio le sole membrane esterne, ed una estesa degenerazione fungosa al fegato spiegò la causa della morte.

D) *Metodo misto.*

Onde sostituire alla doccia continua un metodo meno incomodo e di uguale efficacia, pensai di frammezzare al cataplasma freddo a secco frequenti docciature, che valessero a mantenere detersa la superficie oculare. [L'esperienza fatta e da farsi su casi di mediocre gravezza giudicherà poi se si debba estendere questa pratica ai maggiormente gravi ed imponenti].

Osservazione XVII. — Oftalmia purulenta.

Baggi Gaetano, da S. Silvestro, d'anni 22, falegname, entrava nel civico ospedale di Mantova li 22 novembre 1857.

Da circa un mese e mezzo in seguito a contagio egiziaco comunicatogli da individui della sua famiglia, insorgeva nel Baggi un forte irritamento alle congiuntive, con senso di corpo straniero entro le palpebre, fotofobia e lacrimazione abbondante. Ben presto lo scolo delle palpebre si faceva attaccaticcio e denso, indi purulento, irritando coll'incessante suo contatto le guancie del paziente.

A casa era stato curato con metodo antiflogistico generale e locale, ripetendosi con semplici pannilini bagnati la pulitura degli occhi; ma tutto ciò senza vantaggio, per cui al suo entrare nello spedale l'infermo pativa di un senso di calore urente alla superficie del bulbo, di uno scolo purulento abbondantissimo, non che di dolore sopraorbitale forte; vivissima era la injezione vascolare alla congiuntiva formante chemosi all'ingiro della cornea ancora lucida e trasparente; la pupilla vedevasi stretta ma regolare, il fondo dell'occhio bello, e la mucosa palpebrale era cosparsa di piccole granulazioni; sintomi tutti questi bilaterali.

Al giorno 23 prossimo, ripulite le parti infiammate con un filo d'acqua continuato per due minuti, sottoposi l'infermo al mio apparecchio a corrente secca continua, e dopo poche ore cessa il senso di calore urente alle parti infiammate; ripeto in quel giorno e durante la successiva notte la pulitura degli occhi, e sùbito la injezione si rende meno viva e lo scolo meno copioso; continuando a scemare nella loro intensità tutti i sintomi, al 27 gradatamente sospendo la applicazione dell'apparecchio, ma passate 5 ore ricompare il calore all'interno delle palpebre, per cui torno al raffreddamento; intanto lo scolo era cessato, la chemosi svanita, l'injezione poca, la fotofobia nulla. Al 29 sospendo definitivamente l'uso del cataplasma freddo e continuo colla sola doccia intermittente ripetuta per tre volte nella giornata. Associando a questa la instillazione di qualche collirio astringente, alla metà del vegnente mese di dicembre si era ottenuta la guarigione. Tenni in osservazione l'infermo per 8 giorni ed al 24 dello stesso mese usciva ristabilito dallo stabilimento.

Per tutto il tempo che il Baggi tenne l'apparecchio a secco, le vescichette eran gonfie e gli occhi subivano una leggera compressione; credo quindi che anche questo mezzo abbia coadjuvato alla guarigione come in simili casi riesciva utile agli antichi Egizii ed a *Piorry* che recentemente lo richiamava alla mente dei pratici.

Osservazione XVIII. — Oftalmia purulenta.

Begotti Vincenzo, da Novellara, d'anni 51, muratore, in sul principiare del mese di maggio 1858 avendo una leggera irritazione agli occhi, volle fugarla colla instillazione di un collirio già

usato da altra persona ammalata agli occhi; per tre giorni nulla sofferse, ma in capo ad essi gli si infiammava violentemente la congiuntiva da ambo i lati con abbondante scolo purulento, ed in forza di ciò entrava al 19 dello stesso mese in questo civico ospedale.

In allora i sintomi del suo male ripetevano perfettamente quelli del caso antecedente. A titolo di esperimento sottopongo l'infermo alla doccia continua fissando i rapporti fra il getto dell'acqua e le parti da lavarsi; l'ammalato ne ha sommo sollievo e continuo nella irrigazione per 12 ore; ma per quante cautele avessi adoperate, l'acqua filtrava lungo il collo del paziente bagnandogli il dorso. Alla sera sostituisco all'ora nominato l'apparecchio a secco, ripetendo ogni 4 ore la lavatura degli occhi, ed al giorno 21 non havvi più scolo, la chemosi è scemata, la fotofobia svanita. Tolti così i sintomi acuti, praticasi una sottrazione alle tempia, lasciando sempre agire l'apparato; se ne ha manifesto vantaggio ed al 27 si incomincia ad adoperare sola la doccia intermittente. Questa migliora ancora lo stato del paziente, non finisce di guarirlo, per cui si ripete qualche sottrazione locale, ma un leggero rossore persiste e non svanisce se non quando per 5 giorni aggiungo all'acqua servente per la doccia dei pezzi di ghiaccio che la raffreddi maggiormente.

Conclusione.

Insufficienti sarebbero le suesposte cose, se da esse sole si volessero dedurre conseguenze inappellabili, circa alla utilità dell'acqua fredda nelle infiammazioni degli occhi; ma siccome i risultati che mi offerse la esperienza, furono nel loro complesso uguali agli ottenuti da altri autori, e siccome ancora i fatti da me esposti non sono trascelti fra i varii che curai, ma li comprendono tutti, così non esito a riassumere nelle seguenti proposizioni, le conclusioni del presente lavoro.

1.ª L'uso razionale e metodico dell'acqua fredda è un mezzo prezioso per la cura delle infiammazioni oculari.

2.ª Le docciature intermittenti valgono come agente detersivo, antiflogistico, eccitante, tonico ed astringente.

3.ª La doccia continua sarebbe un utilissimo mezzo detersivo antiflogistico, ma forse potrà essere sostituito da altro metodo più semplice.

4.ª L'apparecchio a corrente secca continua adempie perfettamente alla indicazione di una non interrotta perfrigerazione, senza portare i possibili inconvenienti del ghiaccio, tanto all'atto della di lui applicazione come in seguito ad esse.

5.ª L'ora accennato apparecchio può servire come compressore del bulbo.

6.ª Il metodo misto, secco ed umido, giova quando occorra di unire senza tanti incomodi l'azione detersiva alla refrigerante.

7.ª [Il raffreddamento dell'occhio serve come pronto ed utile torpente del sistema nervoso di questa parte e mostrasi efficacissimo nel fugare la fotofobia].

8.ª Non sempre l'acqua fredda da sola conduce al suo termine una infiammazione oculare, ma vale a combatterne con prontezza i sintomi acuti.

Cura di un aneurisma popliteo fallita sì colla compressione digitale indiretta dell' arteria, che colla legatura della stessa; *del dottore* **GHERINI AMBROGIO**, *chirurgo ordinario presso l' Ospitale Maggiore di Milano. — Letto nella seduta mensuale del* 12 *novembre* 1858.

> Le guarigioni ottenute colla compressione digitale sono già in numero sufficiente per non dubitare della assoluta sua superiorità sopra qualunque altro metodo: la conoscenza quindi dei casi di guarigione, se sempre utile, non è però più necessaria: ma sommamente necessario è il conoscere e lo studiare i casi in cui forse non riuscì la compressione, affinchè in questo studio si possa rinvenire la causa ed il rimedio. VANZETTI.

Poichè feci di pubblico diritto la storia di un aneurisma

varicoso da salasso al cubito curato felicemente colla compressione indiretta digitale dell'arteria omerale (Ann. univ. di med. gennajo, 1858), così mi credo in obbligo di far conoscere anche quella di un aneurisma popliteo, sebbene la cura istituita dapprincipio colla compressione digitale indiretta, indi colla legatura dell'arteria, non abbia avuto un esito favorevole, perchè dall'attento esame di questa si possa rilevare la causa che fece ostacolo alla guarigione di detto aneurisma sì coll'un mezzo che coll'altro.

Nasoni Pietro, d'anni 35, pellattajo, di Milano, di temperamento sanguigno, d'alta statura, ben conformato di corpo, entrava in questo spedale precisamente durante l'ultima epidemia cholerosa (1855) per essere curato di un aneurisma al poplite destro che già sporgeva alquanto dalla fossa poplitea. Visitatolo, riconobbi che non solo al poplite destro, ma anche al sinistro, esisteva un consimile tumore aneurismatico, sebbene di minor volume.

Consigliava al Nasoni l'operazione della legatura dell'arteria per la cura radicale dell'aneurisma destro, siccome quello che maggiormente urgeva d'essere operato; ma spaventato dalla ognor crescente epidemia cholerosa, abbandonò lo spedale, per rientrarvi sotto migliori condizioni sanitarie. Da quell'epoca in poi non mi fu dato di più rivedere il Nasoni e solo nel febbrajo (24) dell'anno corrente (1858), costretto dal male che andava crescendo, cercò di nuovo asilo in questo spedale, ove venne collocato nella sala S. Filippo, N. 4.

Esaminando le località affette, rilevai con somma mia sorpresa che l'aneurisma al poplite destro era guarito, ed in sua vece esisteva alla parte superiore del garretto, un piccolo tumore, duro, indolente, circoscritto, e che l'aneurisma al poplite sinistro aveva aumentato di mole a segno che a mala pena poteva essere abbracciato dalla mano distesa, e quindi da necessitare una pronta cura.

Interrogato come era accaduta la guarigione dell'aneurisma al poplite destro, di quello cioè per cui era venuto la prima volta per essere operato, narrava come nell'autunno prossimo passato, avendo dovuto intraprendere per oggetti di sua professione un lungo viag-

gio pedestre, e non avendo potuto, pel dolore che gli cagionava il male al poplite, continuare la corsa, egli usasse di una fasciatura stretta alla gamba ed al poplite, mediante la quale aveva potuto proseguire con facilità il suo cammino a piedi, e come coll'uso continuo di questa fasciatura abbia anche dappoi continuato a soddisfare ai proprii interessi, fintanto che si accorse dopo alcuni mesi che il tumore non era più pulsante, aveva diminuito di volume, era divenuto duro, e l'uso dell'arto anche senza tale fasciatura era del tutto normale, mentre il sinistro aveva peggiorato in modo da non permettere nè stazione, nè moto, senza il soccorso di un sostegno, sebbene l'arto non fosse nè edematoso, nè contratto.

In allora tentò anche sul tumore sinistro la stessa fasciatura che fu tanto efficace sul destro, ma inutilmente, per cui tormentato dal male che andava crescendo, si vide costretto a cercar soccorso dall'arte chirurgica.

Nessuna malattia d'importanza subì per lo addietro, solo patì in sua gioventù un'infezione ulceroso-sifilitica, la quale fu guarita senza il rimedio specifico. Vuolsi però notare nel Nasoni un impulso cardiaco arterioso molto gagliardo, anche avuto riguardo alla sua fisica costituzione assai robusta.

L'aneurisma sinistro spontaneo, al pari del destro, occupava la regione poplitea inferiore al dissotto della piegatura del garretto verso al polpaccio, mentre il destro stava, come già si disse, al dissopra della piegatura del garetto, verso il terzo inferiore della coscia. L'origine d'ambo gli aneurismi pare sia stata predisposta del sommo sviluppo del sistema cardiaco arterioso, ed occasionata dall'eccessivo moto ed esercizio del corpo. Non fo cenno delle prove fatte da me e da miei colleghi per constatare la natura del male, che unanimamente venne giudicato per un aneurisma spontaneo circoscritto, troppo manifestamente apparendo i sintomi che lo caratterizzavano.

L'esito ottenuto colla compressione digitale nella cura dell'aneurisma varicoso al cubito, del quale ho già pubblicato in questi Annali la storia, fu troppo felice e pronto, perchè io non tentassi anche in questo caso lo stesso metodo, tanto più che dall'amico prof. *Vanzetti* e da altri espertissimi chirurghi s'erano in questi ultimi tempi ottenuti risultati felicissimi di guarigioni di aneurismi d'ogni genere con tale semplicissimo mezzo.

Nel giorno 25 febbrajo si incominciò la compressione digitale per opera di giovani chirurghi. La compressione fu totale, or dell'arteria femorale superficiale, or della comune; ma fu interrotta perchè un senso di dolore esteso a tutto l'arto, accompagnato da molestissimo formicolìo e da bruciore intollerabile, obbligavano a sospenderla. Ripresa nel giorno 26, fu nuovamente non tollerata, per cui complessivamente la compressione non venne esercitata che per poche ore.

Nel 27 sopravvenne febbre, la quale assieme alla molesta sensazione all' arto perdurò a tutto il giorno 3 del successivo marzo, in onta ai mezzi adoperati per calmarle, cioè salassi, un purgativo, una pozione morfinata, assoluta dieta, e localmente cataplasmi mollitivi ed embroccazioni di olio di giusquiamo ed anche bagno gelato.

Sebbene la compressione avesse durato poche ore, ed interrottamente, il tumore aveva sensibilmente diminuito di volume, la pulsazione era meno percettibile, la durezza si era fatta maggiore ed il rumore di soffio nell' interno del tumore meno sensibile all'orecchio. Ma il malato stanco di sua dimora, ancorchè breve, nello spedale, e persuaso che a domicilio avrebbe potuto continuare la stessa cura, abbandonò la sala il giorno 3 marzo e si fece trasportare alla propria casa.

Rimastovi nei successivi giorni 4, 5, 6, 7 senza far nulla, nel giorno 8 trovandosi in condizione favorevole (chè io lo vedeva di continuo egualmente), riprese per un' ora consecutiva la compressione digitale, e così il giorno 9 per due ore e mezza non interrotte, cooperando pure il malato col dito ed anche con pesi ora su di un punto ed ora sull'altro dell' arteria femorale. Dopo tale compressione, i fenomeni caratteristici dell' aneurisma avevano diminuito in modo da lusingare che, continuatala ancora per alcune ore, si avrebbe ottenuta la guarigione. Ma siccome le stesse moleste sensazioni si risvegliavano ogni qual volta si intraprendeva la compressione, ed era inoltre sopraggiunto l' edema esteso a tutta la gamba fin sopra al ginocchio, stanco di tali inutili tentativi, volle sperimentare di nuovo quella fasciatura (compressione diretta) che con tanto felice esito aveva trionfato dell'aneurisma al poplite destro.

L' esito fu in questo caso ben differente, perchè, oltre all' au-

mento dell'edema, del dolore, la gamba si flesse sulla coscia quasi ad angolo retto, il tumore si fece caldo, dolentissimo, e si diffuse fino alla metà del polpaccio. Vi si aggiunse anche febbre gagliarda continua, con complicazione gastrica. Si cercò in allora di vincere l'infiammazione locale e generale con sanguisughe, salassi, bagni freddi, ecc, ma indarno, per cui il paziente stanco di soffrire e prevedendo il pericolo che lo minacciava, desiderava di essere amputato.

Veduta la gravità del caso, volli pur tentare la legatura dell'arteria femorale superficiale prima di passare alla amputazione, per la quale legatura venne trasportato il paziente all'ospitale il giorno 5 aprile, e nel successivo giorno 6 eseguita l'operazione al sito ordinario di elezione, senza che accadesse il menomo accidente durante l'atto operativo e consecutivamente.

La pulsazione del tumore, le moleste sensazioni di formicolio alla gamba cessarono subito dopo la legatura dell'arteria.

La circolazione collaterale si stabilì fino alla estremità delle dita del piede, la gamba a poco a poco si estese sulla coscia, in una parola vi era forte lusinga di prospero successo dell'operazione.

Ma la tregua fu breve, perchè la cancrena si impossessò del sacco aneurismatico, e per diverse aperture artificiali e spontanee si fecero strada sangue aggrumato, corrotto, marcia, sanie e lembi sfacellati. Un acutissimo dolore si svegliò nell'articolazione del ginocchio con gonfiore e manifesta fluttuazione, per lo che vedendo minacciata la vita al paziente dalla suppurazione nella articolazione e dalla cancrena del sacco aneurismatico estesa a tutti i tessuti del polpaccio con pericolo di imminente grave emorragia, si passò alla amputazione della coscia (il giorno 24 aprile) alla metà circa dell'arto, cioè alla diafisi, onde evitare tutte le parti ammalate, o sospette tali. Si legò dapprima un'arteria della grossezza di una penna da piccione che si trovava sotto alla femorale, poi si legò questa che presentava la bocca aperta e dava poco sangue senza gran getto, in fine si legarono da cinque a sei altre arteriuzze propagini delle perforanti.

Esaminato il pezzo amputato, si trovò: raccolta di marcia nella cavità del ginocchio con fiocchi di essudati recenti depositati sulla superficie cartilaginea e sull'interno della capsula articolare.

L'arteria poplitea era aperta per lo spazio di un pollice circa in corrispondenza del cavo popliteo, i margini dell'apertura erano divaricati, ed in questo sito la parete superstite dell' arteria era ingrossata, rossa e friabile. Appena al dissotto di detta apertura, sulla sua superficie interna si trovò una piccolissima incrostazione calcarea, circoscritta, e per un pollice circa l' arteria era ateromatosa, alterazione che si estendeva per un pollice e mezzo circa anche al di sopra.

Le arterie tibiale anteriore, posteriore e peronea erano date dalla poplitea al dissotto dell' aneurisma. Essendo stata fatta una injezione di acqua per l' arteria femorale, l' acqua non sortì per la apertura aneurismatica, ma penetrò invece per la via laterale fin nelle più piccole diramazioni arteriose.

Il sacco aneurismatico non era più riconoscibile, e solo si trovava al luogo dell' aneurisma un coagulo di sangue frapposto ai muscoli, i quali erano alterati e friabili.

La vena poplitea era alterata e le sue pareti avevano preso l'aspetto di un'arteria.

La fibula pel tratto di un pollice circa, in vicinanza del suo capo superiore, era coperta da periostio spappolato.

I primi cinque giorni dalla operazione passarono bene, ma nella notte del quinto (25 aprile) e nei giorni successivi, accessi di febbre a freddo susseguiti da profusi sudori fecero tosto sospettare trattarsi di assorbimento purulento, sebbene il malato non accusasse sintomi da far temere di deposito marcioso in qualche nobile viscere.

Inquieto il paziente, come lo fu sempre durante tutto il corso di sua malattia, volle per la terza volta essere trasportato a domicilio, ciò che fu forza concedere il giorno 3 maggio, non essendovi imminenti pericoli di vita.

Non ebbe peggioramenti ripetibili dal trasporto. I tristi segnali però dei gravi fenomeni continuarono sullo stesso piede. Ai ripetuti accessi febbrili si aggiunse delirio, siccità delle due ferite, conseguenze delle due operazioni subite, finchè il giorno 23 di maggio il Nasoni cessò di vivere con sintomi di febbre purulenta. Domandai la sezione del cadavere, che avrebbe interessata la scienza sotto molti riguardi, ma i parenti del defunto la negarono.

Dal complesso però dei fatti raccolti in questa storia, anche senza i reperti cadaverici dell'autossia, si possono dedurre le seguenti riflessioni di somma utilità pratica.

I. La compressione diretta su di un tumore aneurismatico può condurre alla guarigione radicale dello stesso. Diffatti il nostro paziente fece da sè solo sull'aneurisma popliteo destro una fasciatura compressiva, non coadiuvata dai mezzi che sogliono venire usati dalle persone dell'arte, che intendono di curare un aneurisma colla compressione diretta, e la guarigione fu pronta e radicale. — È caso raro al poplite, ma l'aneurisma da salasso al cubito guarisce non di rado con tal mezzo.

II. Anche la compressione indiretta, quando fosse stata sopportata dal nostro ammalato, avrebbe essa pure trionfato dell'aneurisma popliteo sinistro. È vero che, secondo il prof. *Vanzetti* « per togliere prontamente il dolore, l'edema, ecc., « non si dovrà che più prontamente procedere alla com- « pressione ed in essa persistere » — ma è vero altresì che nella sala del prof. *Nélaton*, come mi scrisse da Parigi un rispettabilissimo collega, si dovette desistere dalla compressione per edema e minaccia di cancrena dei tessuti, sia usando della macchina di compressione del dott. *Broca*, sia della compressione digitale. Nel nostro caso i sintomi caratteristici dell'aneurisma avevano tutti scemato di intensità e di forma, da lusingare che continuando nella compressione si avrebbe ottenuto una completa guarigione.

Ma come pretendere di continuare nell'uso di un mezzo che assolutamente il malato non poteva tollerare? Quale fu adunque la causa che fece ostacolo alla continuazione della compressione? Si rifletta ai risultati patologici offerti dal pezzo amputato, e facilmente si vedrà che la causa, per cui la compressione non venne sopportata, e cagionò inoltre fenomeni tanto gravi, fu la condizione morbosa del sistema arterioso, comprovata dal contemporaneo sviluppo dei due aneurismi, dal forte impulso cardiaco e dalle alterazioni

patologiche rilevate nel pezzo amputato dell' arteria e vena poplitea.

III. Se l' infiammazione fu la causa che impedì di continuare la compressione digitale, e dei gravi fenomeni che ne susseguirono, il chirurgo ogni volta si troverà nella necessità di sospendere la compressione per la insorgenza di simili gravi sintomi, dovrà tosto ricorrere ai mezzi che l'arte insegna per domare l' infiammazione, e non riprendere la compressione che quando potrà esser fatta senza conseguenze di sorta.

Se invece di cominciare la compressione nel nostro paziente il giorno susseguente al suo ingresso nell' ospitale, lo si avesse dapprima purgato, salassato, e lasciato in riposo più giorni, se non avesse commesso al proprio domicilio disordini di dieta, se non avesse fatto eccessivo moto della parte affetta e di tutto il corpo, certo che la compressione digitale avrebbe favorevolmente corrisposto.

IV. La legatura dell' arteria femorale superficiale portò seco la scomparsa di tutti i fenomeni proprii dell' aneurisma ed avrebbe forse condotto alla perfetta guarigione il nostro infermo, quando non fosse stata eseguita sotto condizioni tanto sfavorevoli, come di diffusione dello aneurisma, di edema esteso alla gamba oltre al ginocchio, della disorganizzazione del sacco aneurismatico.

Diffatti la circolazione collaterale si stabilì, il calore si mantenne sempre pressochè normale, l' edema scomparve, e cessò la retrazione muscolare. Ma l' enorme ammasso del sangue diffuso fra i muscoli, la poca vitalità del sacco aneurismatico, la nessuna attività dei linfatici allo assorbimento della parte fluida del sangue, impedirono quei lavori fisiologici necessarii per la guarigione di un aneurisma. Se tale legatura fosse stata fatta sul bel principio della cura, avrebbe dessa corrisposto? Io sono persuaso, che la legatura dell' arteria avrebbe sortito un esito felice, se eseguita sotto condizioni tanto sfavorevoli, poco mancò che non corrispondesse all' intento.

V. Finalmente, giacchè la chirurgia vanta oggigiorno parecchie guarigioni di aneurismi colla compressione digitale, dovrà il chirurgo, prima di procedere alla legatura dell'arteria, esperimentare la compressione digitale, siccome mezzo semplice, incruento e che non impedisce di intraprendere ulteriormente l'ordinaria legatura.

Lezioni orali di clinica chirurgica e di medicina operativa; *del commendatore* **RIBERI ALESSANDRO**, *senatore del regno, e professore di medicina operativa nella R. Università di Torino, ecc. Vol. III, di pag.* 274. *Torino*, 1858. — *Estratto del dott. cav.* **A. Sella**, *da Torino.*

Avendo tenuto discorso in questi Annali (1) dei due primi volumi delle *Lezioni orali* del *Riberi*, contenenti argomenti importantissimi di chirurgia pratica, quali il *cancro*, il *rachiartrocace*, i *polipi nasali*, gli *ascessi* e le *fistole dell'ano*, volontieri ci accingiamo a parlare di questo terzo volume, or ora pubblicato a grande soddisfazione, non solo degli studenti di medicina, ma pur anco dei provetti chirurghi italiani.

L'argomento il più diffuso di questo volume è quello del *cancro labbiale*. A base fondamentale di così utile ed eminentemente pratica monografia stanno ottanta istorie di ammalati di cancro labbiale, insieme raccolte fra le più interessanti che nel decorso di più e più lustri si presentarono alla clinica operativa dell'ospedale maggiore di S. Gio. di Torino, scritte dagli stessi studenti ed ordinate in modo compendiato dall'illustre patologo torinese. Un numero così

---

(1) Annali Univ. di Med, vol. 145 e 146 del 1855.

ragguardevole di casi pratici, diversi per età, pel sesso, pel temperamento, per le abitudini, per le varie maniere di vita e di vitto degli ammalati, pel maggiore o minor valore dei mezzi curativi, oltre di contenere, direi così, un modulo per ogni fattispecie di cancro labbiale che occorrer possa al pratico, ed una norma curativa provata più utile dall'altrui esperienza, fu poi pel dotto professore un sicuro punto di partenza ed un certo appoggio per isvolgere ed insegnare i varii principj teoretici su questo punto di patologia, ed a trarne conclusioni positive, sia relativamente alla statistica, che a' principj dottrinali.

Quantunque il *Riberi* dall'anatomia patologica, dalla microscopia e dalla chimica riconosca i varj lumi già sparsi su alcuni fatti secondarj delle malattie cancerose e ne speri ulteriori chiarimenti, tuttavia saviamente avverte il pratico di non mai abbandonare nella diagnosi e nella cura di queste malattie le nozioni derivanti dalla esperienza clinica. Quindi si fa egli ad esaminare circa l'eziologia di questa terribile e clandestina malattia le influenze delle età, del temperamento, del sesso, la forma morbosa dei cancri labbiali, e l'esito delle operazioni praticate.

Circa l'età degli ottanta infermi di cancro labbiale, la malattia si manifestò:

in	2	dai	20	ai	30	anni
»	3	»	30	»	40	»
»	11	»	40	»	50	»
»	28	»	50	»	60	»
»	20	»	60	»	70	»
»	17	»	70	»	80	»

Da codesto specchio risulta evidente l'affinità già tante volte proclamata dei mali cancerosi coll'età media, colla vecchiaja, e colla decrepitezza, allorquando, come dice il *Riberi*, « comincian a languire le funzioni degli organi escretori e depuratori della circolazione bianca e rossa, quand'imbozzachiscono i peli, i capelli e simili, quando pel predominio

dell'apparato e dei materiali venosi sull'apparato arterioso, il circolo sanguigno soprabbonda di principj di disassimilazione organici ed inorganici, ed allentati sono gli atti dell'assimilazione, epperciò allentate la forza plastica ed eccitabile degli elementi anatomici. Non sorprenda, continua il dotto professore, com'essendo a fusone nell'economia materiali d'origine organica con probabile mistura d'un eccesso di materia inorganica, derivanti quelli da atti di alterata plasticità ed assimilazione, e soggetti in grande parte alla distruzione nel corpo istesso per mezzo di sdoppiamenti elementari da cui traggono origine materiali di più semplice composizione, non sorprenda che, non eliminati, od insufficientemente eliminati, dai naturali filtri escretori, codesti materiali convergano sopra una parte apparentemente sana o costituita in eventuale condizione di flogosi o di flussione, e la spingono per un ignoto magistero di lesa chimica organica ad eterologhi prodotti. — Dice *apparentemente sana*, giacchè quei cangiamenti nei filtri depuratori dell'economia e negli atti di plasticità e d'assimilazione con consecutiva metamorfosi delle crasi sanguigne debbon nei più dei casi, lungo tempo prima che si rendano palesi per evidenti e caratteristiche *località*, stampare alla foggia delle specialità sifilitiche, scrofolose e d'altre non ancora attuate, un'effigie morbosa nell'universalità degli elementi anatomici, d'ordinario indiscernibile coll'esame instituito sul vivente o su il cadavere ». E dacchè l'illustre patologo torinese toccò sul predominio dell'apparato venoso e dei suoi materiali, soggiunge tosto che in generale i tocchi dal cancro sono per l'appunto in condizione di venosità, o d'ipinosi, cioè in quella condizione del sangue scarseggiante di fibrina con eccedenza d'albumina e di globuli sanguigni, condizione favorita dall'età avanzata, e dall'influenza dei patemi d'animo deprimenti. Ed infatti egli nota come i mali cancerosi siano preceduti, accompagnati, o susseguiti da malattia d'indole flebitica, massime da impetigini di genio erpetico, da morbosa dilatazione e da colore

turchino carico delle vene coprenti e circondanti i tumori cancerosi; dal colore giallo piombino proprio della cachessia cancerosa; dalla rigogliosa circolazione sanguigna dei cancri midollari a cui contribuiscono, se non esclusivamente, almeno principalmente i vasi venosi; dalla frequente comparsa del cancro nelle donne quando per l'età cessano o sono già divenuti irregolari i menstrui, pel consenso morboso dell'utero, viscere eminentemente venoso; dai mucchietti di produzioni cancerose dall'*Andral* riscontrati nelle ramificazioni dell'arteria polmonale, della vena porta, delle vene renali, e dalla presenza di omonime produzioni nelle vene vicine ai tumori cancerosi, dimostrate nella clinica dal *Riberi*, e viste pur anco dal *Velpeau* e da *Craswell.*

Degli 80 ammalati, 69 appartenendo alla classe contadina ed il rimanente ad altre diverse classi sociali, il *Riberi* ascrive questa predilezione del cancro labbiale ai contadini, al loro nutrimento poco recrementizio, all'abuso di cipolle, aglio, pepe, peperoni, aceto e simili, alla mancanza di pulitezza della persona ed a cause reumatiche a cui vanno preferibilmente esposti.

Altra predilezione del cancro labbiale fu pur notata pel sesso maschile, tre sole volte su ottanta essendosi incontrato nelle donne; le quali d'altronde pagano poi amplissimo tributo alle malattie cancerose dal lato dell'utero e delle mammelle (1).

Così il labbro inferiore fu visto infermo 76 volte, e 4 il superiore, due in donne e due nell'uomo. Può dirsi, ciò

---

(1) Il Dott. *Hilton* attribuisce la rarità del cancro labbiale nelle donne alla mancante abitudine di fumar tabacco, ed asserisce che l'uso della pipa è pur la causa dello svolgimento di questo malanno nelle donne. È poi singolare come con questa arrischiata proposizione siasi poi dimenticato di dirci se fumava tabacco una donna, a cui toglieva un cancroide al labbro inferiore, e di cui pubblicò l'istoria.

stante, che mentre nell' uomo il labbro inferiore è di preferenza tocco da siffatta malattia, nella donna occorre appunto tutto il contrario.

Degli 80 ammalati, uno solo non presentava i caratteri del temperamento sanguigno o pretto, od a base venosa o misto; da ciò deduce ancora l' Autore esser evidentemente notevole la parte che nella genesi delle malattie cancerose prendono le alterazioni dei vasi sanguigni e le discrasie del sangue, e mostrarsi all' incontro molto limitata l' influenza del sistema nervoso nella produzione delle medesime, ad eccezione forse del cancro midollare.

Di costituzione buona, robusta ed anche atletica erano dotati 76 fra tali 80 ammalati.

Da queste osservazioni statistiche, confermanti anche l' osservato da *Pravaz*, ben si vede come erronea sia stata la generale credenza che alle malattie cancerose dovessero essere più predisposti gli uomini di temperamento linfatico, di gracile costituzione e cachetici. Avvertendo saviamente il *Riberi* che se nei periodi inoltrati delle formazioni cancerose gli uomini diventano cachetici e deboli, essere questo un risultato e non causa della malattia.

L' abito cutaneo fu pure il dominante in quest' insigne raccolta d' infermi di cancro labbiale, in cui per lo più « era la pelle ruvida, scolorita, grinza, più squamosa del solito, compatta, difficile al sudore anche nell' estate, facile ad ogni maniera di eruzioni, o risipole, o furoncoli, a varie maniere d' impetigini e simili, facile altresì a turgere e ad entrare in erezione per l' azione anche moderata di stimoli esterni od interni ».

Data la predisposizione allo svolgimento del cancro, furono osservate quali cause eccezionali, or furoncoli, ora un' affezione erpetica sortita nel labbro istesso, o diffusa al medesimo dalle parti vicine; ora una fessura semplice, ora una lieve ferita o dal taglio del rasojo o da alcune cause traumatiche, ora un semplice eritema crostizzante, ora un flem-

mone acuto o lento, ora un tumor erettile, ora un' ulcera d' altra indole diffusa dalle gengive, ora una piccola escrescenza carnosa, ora una bollicella, ora una papula o pustole per lo più superficiali, spontanee, o consecutive ad irritazione abituale angio-cardiaca, alla cessazione di febbri intermittenti o di sinoca, ecc. Con tutto ciò l'egregio professore non vuole escludere altre cause occasionali capaci ad avviare al cancro labbiale, quali ad es. l' esposizione dei labbri alle vicissitudini atmosferiche, il raffreddamento del corpo, l'azione eccitante di cibi e di bevande riscaldanti, la cessazione di abituali filtri purulenti, mucosi, sanguigni, il fumare massime con pipa a cannello corto e facile a riscaldarsi, le passioni deprimenti, le smodate fatiche, ecc. ecc.

Dopo d'aver parlato per approssimazione delle condizioni generali d' età, di temperamento, di costituzione, di sesso, di mestiere, e di cause occasionali sotto cui si svolgono i cancri, il patologo torinese si domanda in qual modo queste condizioni e cause occasionali servono d'avviamento alle metamorfosi cancerose, ed in che consistono essenzialmente queste metamorfosi; a quale cambiamento speciale va nelle medesime soggetta la forza plastica per cui i tessuti viventi si formano e si mantengono; quali permutazioni e trasformazioni, composizioni e scomposizioni dei materiali d'assimilazione succedono fra i varii elementi costitutivi organici ed inorganici; quanta parte abbiano nella genesi del cancro l' esosmosi, l' endosmosi, la catalissi, l' ismomerismo, l' isoformismo. Aspettando dall' anatomia patologica, microscopica, e chimica le soluzioni di queste enimmatiche questioni sulla patogenia dei cancri, ecco come si esprime il *Riberi*: « Non dobbiamo frattanto nasconderci che son esse una nuova Golconda irsuta di spine e piena di diamanti; sono un laberinto in cui chi s' avventura debb' essere provvisto d'un buon gomitolo di spago. Sia pure che l'evoluzione dei mali cancerosi sia per solito preceduta da ipinosi e che per particolari e tuttora ignote circostanze la crasi cancerosa

dimani dalla medesima; ma chi non vede quanto dalla verità si scosterebbe chi ammettesse quella crasi com' elemento precipuo ed esclusivo di quei mali? Chi non ammettesse una simultanea se non preesistente alterazione di quel sublime apparato, forse il principale della vita organica, in cui succedono le meravigliose trasformazioni organiche, cioè dell' apparato nutritivo? In mezzo a queste dubbiezze a me è sempre andata a versi l' ingegnosa idea di *Craswell*, il quale pensa che la materia cancerosa si manifesti ai nostri sensi come una produzione di nutrizione o di secrezione, deponendosi nel primo caso in quella stessa guisa che l' elemento nutritivo del sangue entra nella struttura molecolare, ed assumendo la forma e la distribuzione del tessuto e dell' organo in cui è essa in quella guisa introdotta, e mostrandosi nel secondo caso sopra una superficie libera alla foggia delle secrezioni naturali, come per es. sulla superficie delle membrane mucose ».

Il cancro essendo un estrinsecamento d'un male interno, secondo l' opinione di varj autori, non potrebbesi perciò dare un cancro qualunque senza la sua speciale discrasia, essendo quello la localizzazione di questa. Ed infatti come mai una pustola, una papula, un tubercoletto, una scalfittura e simili potrebbro convertirsi in cancro, se non vi fosse una discrasia? Quantunque questo ed altri riflessi relativi alla patogenia d'alcune specie di cancro, come del cancro-scirro, del cancro-midollare e simili, siano giustissimi e di gran valore, tuttavia il *Riberi*, appoggiato sulla di lui estesa e lunga pratica, non crede doversi applicare al cancroide, o cancro epiteliale, frequentissimo nelle labbra, il più delle volte felicemente o senza recidiva guarito.

Cosicchè opina il *Riberi* essere quasi sempre locale l'origine dei cancri epiteliali, all' opposto di quella dei cancri di genio fiero ed indomabile di cui ammette l'origine locale soltanto in via d' eccettuazione, perchè non ripugna alla ragione il credere che alcune *neoformazioni* eterolo-

ghe composte nella loro origine e nella loro essenza da un viluppo di vasi capillari iperattivi s'associno talvolta col progresso del tempo ad una qualche affezione cancerosa di pessima natura, od in questa si trasformino senz'alcuna anomalia nell'universalità del sangue e della costituzione, ma per soli cangiamenti, guasti e sconvolgimenti speciali a cui soggiace quel viluppo ed il sangue entrovi contenuto. E non è forse dal vero cotanto lontana l'idea da alcuni propugnata che i prodotti cancerosi possano formarsi per semplice permutazione d'alcuni elementi anatomo-fisiologici in quelli del cancro, come si pretende avvenga nella così detta *delitescentia hepatis*, di cui parla *Van der Kolk*. Giudicando però dal quasi costante rigermogliare dei cancri di pessima natura dall'arte recisi, è verosimile che anche nella supposizione che abbiano questi qualche rara volta un'origine locale, debbano, all'opposto di quanto succede nei cancri epiteliali, prontamente contaminare la costituzione ».

In questo modo si possono accordare le opinioni divergenti dei varj autori, e si capisce come in tutti i tempi rimedj empirici per lo più corrosivi siano stati utili o dannosi nella cura delle malattie cancerose.

La sede del labbro in cui si manifesta primitivamente il cancro fu pure per il nostro Autore occasione a curiose riflessioni. Così, se dagli 80 ammalati se ne tolgano 20 i quali non seppero dare indizii su l'origine del loro male od in cui quest'ultimo fu prodotto da cagioni stromentali od invase di prima giunta tutto un labbro, negli altri 60 la primitiva comparsa del male fu 41 volte nel terzo medio del labbro, 10 nel terzo destro e 9 nel sinistro.

Raramente semplice, fu visto il cancro complicato ad irritazioni più o meno lievi degli organi del circolo e della respirazione, a varici, ad ulcere varicose delle estremità inferiori, a gozzo, a croniche gastro-epatiti, a pellagra ed erpeti, ecc. ecc. Dall'esame di queste complicazioni e conco-

mitanze morbose del cancro labbiale, l'Autore riconosce infondata l'opinione di varj scrittori, particolarmente inglesi, che considerano le ulcere croniche inveterate qual preservativo dei mali cancerosi.

Al cancro labbiale dopo un certo tempo sussegue fra altri mali la tumefazione d'una o più ghiandole circostanti, sotto-mentoniere, o sotto-mascellari, di cui importa moltissimo per la diagnosi, per la prognosi e per la cura, conoscere la vera natura e giudicare se desse siano simpatiche o sintomatiche. Ed infatti considerate qual effetto di sola irritazione senza trasporto di materia morbosa, le prime costituiscono un male leggiero che svanisce da sè o con pochi e semplici mezzi, senza lasciare timore di riproduzione della malattia dopo l' esportazione del cancro labbiale. Le sintomatiche invece, cioè quelle ingenerate dal trasporto di materie morbose del cancro labbiale, non isvaniscono da sè, scemano ma non cessano mai coi mezzi incruenti dell'arte, sono per solito il risultato di formazioni cancerose di più maligna natura, ed anche tolte col cancro labbiale non lasciano mai tranquillo il chirurgo per la possibile riproduzione della malattia cancerosa. Per questo motivo il dotto professore dà i seguenti caratteri fino ad un certo punto distintivi di queste due maniere di tumidezze desunti dalle osservazioni descritte. « Nelle tumidezze simpatiche havvi quasi sempre una sola ghiandola ingrossata, di forma rotonda od ovale, d'origine per lo più recente, soggetta a varie fasi spontanee d'incremento e di decremento, mobile, in principio dolorosa al senso ed in tutte le sue fasi al tatto, coperta da pelle alquanto più calda del naturale ed offrente in alcuni casi un colore un cotal poco roseo. — All'opposto nelle tumidezze sintomatiche non solo sono quasi sempre affette due o più ghiandole, ma presentansi d'ordinario grossetti e duri come funicelle i vasi linfatici tramezzanti le ghiandole e spesso anche quelli dei lati del collo; le ghiandole affette sono dopo qualche tempo dalla loro

origine assai più voluminose, talvolta voluminosissime, sempre poi indolenti al tatto ed al senso; offronsi bozzute, di base piuttosto larga e fissa od assai meno mobile, di forma talvolta irregolare; non hanno fasi spontanee d' incremento e di decremento e, se talvolta decrescono per gli opportuni rimedii, non isvaniscono mai del tutto ».

Fra i suoi 80 operati il *Riberi* non s' incontrò mai in cancri labbiali con evidenti caratteri delle specie chiamate *cancro gelatinoso*, *carcinoma fascicolato* di *Müller*, *cisto-sarcoma* semplice, o *cisto-sarcoma phillodes*, col *cancro alveolare*, col *cancro pultaceo*, col *midollare*, ma bensì col *cancro epiteliale* indipendente dalla vera crasi cancerosa, col *cancro velloso*, col *cancro-scirro*, con il *cancro-scirro-midollare* solo o *melanode.*

Come abbiamo qui accennato, l'Autore condanna la considerazione di queste malattie in una sola ed unica specie di cancro, giacchè fra di esse havvi gran differenza relativamente alla loro natura, alla genesi locale ed interna, ed agli esiti. Ed infatti il *Riberi* si fa grande premura di esporre delle varie specie di cancro quei caratteri differenziali che tanto nel labbiale quanto nelle altre specie svoltesi in altre parti del corpo presentarono i tanti ammalati per esso lui veduti ogni anno nelle vaste sale dell' ospedale maggiore di S. Gio. di Torino. E questo è uno dei punti importantissimi del suo libro, sì che franca la spesa di soffermarvisi un momento, servendomi delle stesse parole dell'Autore.

« *Cancro epiteliale.* — Rara nelle viscere, quasi esclusivamente limitata alla pelle ed alle membrane mucose, ed avente predilezione per la pelle del volto e specialmente per quella dei labbri, la neoformazione epiteliale invade per lo più persone attempate. Se le produzioni epiteliali prette sono sanabili colla recisione, coi caustici, ed alle volte anche con mezzi incruenti e poi di rado rinascono, tale tratto però, comechè fra sè uguali per i caratteri morfologici e chimici, hanno molta analogia, per fenomeni, coi cancro-scirri

e, per parvenza, coi cancri midollari. Nè solamente hanno analogia di apparenza e di fenomeni colle neoformazioni cancro-scirrose e midollari, ma ben anche in alcuni casi analogia di malignità. — Comunque, sono esse d'ordinario precedute, non già da un tubercolo scirroso invadente la spessezza del labbro, ma da fessure, verruche, pustole, insomma da affezioni interessanti la mucosa o la pelle del labbro od entrambe le parti nello stesso tempo. Nei casi per me veduti col progresso del tempo assunsero, salvo poche eccettuazioni, le seguenti due forme. Nella prima, rarissima, la produzione eterologa s'offerse quale tumoretto dal pedicciuolo per lo più largo; aperto in ulcera di superficie disuguale; bozzuto e percorso da vasi piuttosto numerosi; di colore ora biancastro, ora bianco-rossigno, incarnatino o paonazzo; per lo più rotondeggiante a guisa di boleto oppure stratificato come i porri; ora consistente, ora molle e facile a disgregarsi per una lieve pressione. Nella seconda forma poi, più frequente, ora comparve quale degenerazione della cute, diffusa sopra tratti maggiori o minori, con superficie nocchiosa, lamellare, quasi che papille innaturalmente svolte facessero prominenza nella medesima, ed ora la cute aveva nella stessa neoformazione un'apparenza ghiandolare dipendente dalla fessitura alveolare di questa, ed anco dalle numerose ghiandole sebacee o mucose del labbro ingrossato, ed ora di color rosso o rossastro o rosso turchino e coperta di schianze. In questa forma poi il male riesciva per gradi ad un lavorio esulcerativo da cui il tessuto eterologo rimaneva distrutto ed espulso. Succedeva a questo lavorìo un'ulcera limitata, circondata da un margine più o meno rialzato e rivolto in dentro od in fuori, ora disuguale e bozzuta, raramente di superficie uniforme, ora offrente granulazioni simili ai granelli dell'interna parte del fico ed ora coperta di crosta secca e giallastra, risultante da elementi di pus, di sangue e di epidermide ».

Inoltre il *Riberi* osserva come nel cancro epiteliale o

non si vedano ingorghi ghiandolari, o questi siano simpatici, il tessuto muscolare compreso nella parte affetta sia per lo più sano, dal tessuto delle neoformazioni recise e compresse non esca mai liquido simile al canceroso; manchino o siano rari e meno acuti i dolori lancinanti, in genere più incolume la sanità generale; abbandonato, si diffonda dalla cute e dalla mucosa labbiale ai tessuti sottocutanei e sottomucosi, ed anche alle volte all' osso; in generale però di lunghissimo corso, meno alterante, e molto tardi, l' economia animale.

I cancri labbiali epiteliali esportati nella clinica offersero al microscopio gran numero di cellule analoghe per sè e pel modo della loro evoluzione alle cellule epidermoidee ed alle maggiori cellule dell' epitelio pavimentoso, globuli sanguigni per lo più lacerati o schiacciati, squame così dette *epiteliali*, talvolta cellule cancerose rudimentali, sovente cellule adipose, di rado tessuto plastico o fibro-plastico, alcune particelle cristallizzate e simili.

Il cancro *velloso*, frequente nelle membrane mucose, massime in quella della vescica, raro a vedersi nella cute, si offerse soltanto tre volte nelle labbra coll' apparenza di piccole escrescenze carnose, membraniformi, le une alle altre bene assettate, ma separabili collo specillo nella loro libera estremità, appena umide, insieme fuse nel pedicciuolo, della densità del carcinoma midollare, e contenenti l' elemento midollare.

Fra le descritte 80 osservazioni un solo caso si osservò di cancro-scirro *midollare melanode* con tenue mistura di neoformazione scirrosa. Ed anche raro fu visto il *cancro-scirro*, prodotto eterologo dai seguenti caratteri: durezza compatta scirrosa analoga a quella della fibro-cartilagine, scrosciante sotto il taglio, poco voluminoso, circoscritto sotto forma di tumore, raramente disseminato fra i tessuti, molto pesante, nasce per solito da un piccolo tubercolo più o meno profondamente situato, da dove si estende per ogni dove in

forma raggiante; dotato di pochi vasi, e di tessitura fibrosa contenente principj elementari colla nota forma di nuclei e di cellule speciali; causa di dolori vivi dardeggianti; dal taglio e dalla pressione stillante un liquido variegato, detto succo canceroso; più funesto alla costituzione, e solito a manifestarsi dopo i 45 anni, quasi sempre solitario; cresce lentamente fra tessuti molli come quelli del labbro; prende l'aspetto d' un aggregato eterogeneo, nocchioruto, disuguale, diviso in lobi e lobetti poco distinti, di color grigio o ceruleo, e facile a diffondersi all' apparato linfatico-ghiandolare dei dintorni.

Il cancro *midollare* pretto, la più maligna fra tutte le neoformazioni cancerose, non venne osservato in questi 80 casi di cancro labbiale. Ciò nonostante di questa specie di cancro, come di tutte le altre summenzionate, il professore torinese ne dà i principali caratteri proprj caratteristici e differenziali; ne descrive l'origine, lo sviluppo e l'andamento con tale maestria da rendere il suo libro un eccellente, chiaro, e dottissimo trattato di patogenia delle malattie cancerose, all' altezza dei tempi, cioè quale devesi pretendere in questi giorni in cui e la chimica e la fisica prestarono i loro soccorsi all' anatomia patologica per diradare parte delle folte tenebre sotto cui si ordiscono, si generano, e crescono queste terribili produzioni morbose. Ed a questo punto non riesce possibile limitarsi ad un solo cenno di sì dotte investigazioni, bisognerebbe riportare per intiero l'esposto dal *Riberi*, la qual cosa non essendoci concessa dalla brevità dell' articolo, rimandiamo il lettore al libro orignale medesimo.

Finalmente l' Autore tratta delle varie lesioni, elementi patologici accessorj al cancro, quali sono l' infiammazione, l' emorragia e l' ulcerazione, e delle tristi conseguenze del cancro locale sulla costituzione. Nè dimenticossi il professore di tener parola della diagnosi differenziale, e d' insegnare come il cancro labbiale si distingua da ulcere veneree pri-

mitive o secondarie delle labbra, da un ingorgo follicolare cronico e profondo, dall' erpete crostoso, dal *lupus*, e da simili lesioni aventi sede in queste parti.

In tutti questi 80 ammalati all'operazione venivano fatti precedere: una cura igienico-dietetica, il riposo, l' uso interno di bevande edolcenti, la medicazione dell' ulcera mediante mezzi e disirritanti, colla maggior nettezza possibile, e l'uso anche di rimedj particolari « per scemare la soverchia acutezza dei dolori e delle flogosi o per assottigliare o combattere alcuni insoliti sintomi dell' ulcera cancerosa o coaffezioni erpetiche, sifilitiche, psoriche o d' altra natura di cui alcuni ammalati travagliavano, e per preparare così la via a mezzi di efficacia maggiore per la compiuta guarigione del male ».

Ed infatti in molte fra queste 80 osservazioni vedonsi lente flogosi d' organi, di sistemi e di parti più o meno remote, state con preventiva cura ben assottigliate, svanire poi del tutto in seguito all'atto operativo richiesto dal cancro labbiale, contrariamente a quanto d'ordinario succede dopo le grandi operazioni; il qual fatto, giusta l'Autore, dipende dacchè le reliquie di cupa flogosi sono di più in più scemate o spente dalla perdita di sangue nell'atto operativo; dalla dieta rigorosa e da altri mezzi debilitanti indiretti e dalla pochissima e deficiente reazione traumatica consecutiva. E codesta cura preventiva antiflogistica locale e generale, unitamente all' uso della cicuta, valse pur anco a guarire per intiero l'ammalato di cancroide, oggetto dell' osservazione 10.ª Ed avrebbe pur anco salvato dall'ablazione della parte inferma altre persone, ove fosse stato possibile al clinico torinese di vincere l' inpazienza degli ammalati, i quali preferivano la cura cruenta, poco dolorosa e molto più breve dell' incruenta.

Il *Riberi* col dimostrare che i cancri epiteliali possono talvolta guarire colla sola cura antiflogistica, si rende già benemerito della scienza e dell' umanità, perchè è di già

un' eccettuazione alla regola generale dominante in chirurgia, la quale condanna al ferro tutte indistintamente le degenerazioni carcinomatose. È bensì vero che nello stesso tempo l' Autore toglie ogni speranza di favorevole successo colla cura antiflogistica nei cancri-scirri, nei cancri midollari occulti, in cui codesta cura appena può rallentare e sospendere qualche poco il corso funesto di sì triste malattie. Ma con tuttociò noi osiamo sperare che anche per tali generi di cancri siano da tentare cure generali e locali non soltanto antiflogistiche, ma ben anco correttive dell' economia, e risolventi onde combattere la così detta diatesi cancerosa ed ottenere, se non la risoluzione d' un tumore scirro-canceroso, almeno d' impedire o ritardare di molto le funeste recidive, che per lo più tolgono di vita la massima parte degl' infermi, al cui vantaggio non si adoperò che il ferro chirurgico. Ma su di questo argomento, cioè sulla *curabilità del cancro*, noi facciamo ora particolari studj che fra poco renderemo di pubblica ragione.

Passa quindi l'Autore a parlare dell' applicazione delle sostanze irritanti e specialmente delle caustiche ai mali carcinomatosi, cotanto accarezzata dal volgo, e che in venti e più casi fra i narrati troviamo essere stata adoperata con grave danno. Tuttavia quanto all' uso dei caustici, quasi sempre pernicioso nelle altre specie di cancro, il professore di Torino, appoggiato ad una lunga estesa pratica, li ravvisa utilissimi nelle ulceri cancerose epiteliali massime del volto, quando di sottile base forniti, può dai caustici potenziali essere d' un tratto distrutto quanto v' ha in esse di contaminato. Ma non tralascia di far osservare che la tessitura dei labbri essendo assai vascolare e cedevole; ed essendo provato che i cancri vi si svolgono più rapidi, affondano più profonde le radici, ed hanno una base tanto più spessa quanto più molli e più vascolari sono i tessuti in cui siedono: e d' ordinario non ricorrendo all' arte gl' infermi che molto tardi, e quando il parenchima del labbro è già profondamente leso, per questi

motivi devono i caustici essere per lo più banditi dalla cura dei cancri labbiali. Ed ai suddetti motivi l'Autore altri ne aggiunge ancora che sono: la difformità loro consecutiva, il pericolo che dal caustico il male si inviperisca vieppiù ove di rea natura e non del tutto e per intiero distrutto. Ammette però che il caustico può in via di eccettuazione essere utilmente usato quando incontransi le seguenti, in realtà rare, condizioni: « 1.° ulcera cancerosa nata direttamente sul labbro o dalla gota al medesimo diffusa, la quale, eziandiochè inveterata, abbia sottile la base, epperciò facile ad essere dal caustico distrutta, e ciò perchè il labbro, per l'età, per i patimenti o per qualsivoglia altra cagione, è sottile, grinzo, innaffiato da poco sangue e quindi poco idoneo ad una vistosa flussione; 2.° ulcera cancerosa avente sede sulla faccia esterna del labbro e questo non interessante a tutta sostanza, di modo che non rimanga, dopo ottenuta la cicatrice, difformità per jattura di sostanza ».

Finalmente il *Riberi* assicura il chirurgo di non temere l'assorbimento dell'arsenico nell'uso dei caustici arsenicali, da lui non mai visto in centinaja di cure di malattie cancerose, massime epiteliali, coi medesimi tentate; e candidamente confessa pure di non aver mai avuto la bella sorte di cui vantossi lo *Stark*, cioè d'aver guarito il cancro labbiale coll'uso interno dell'arsenico, come inutili pure gli riescirono altre cure intraprese coll'uso interno del jodio, del mercurio e della cicuta.

La parte più essenziale e più diffusa, e direi anco quasi esclusiva della cura del cancro labbiale, si è quella che riflette l'operazione cruenta. Quasi bandita dal clinico piemontese la recisione trasversalmente semilunare e superficiale colle forbici curve, egli si appiglia all'incisione composta a V con successiva cheilorafia, che comprende tutta la parte contaminata, colla base rivolta all'orlo labbiale e l'apice or alle gote, ed or ad un punto dell'attaccamento dei labbri od alle tessiture ai medesimi finitime, secondo la maggiore o minor estensione del male.

Questa pratica a V, appropriatissima quando il male occupa solamente la terza parte del labbro, è tentabile anche quando ne occupa l'intiera metà. Sonvi tuttavia alcuni casi d'eccettuazione nei quali la si può attuare ancorchè il male comprenda alcuni millimetri di più della metà del labbro, come ve ne sono altri in cui per sè sola sarebbe inutile quantunque il male non raggiunga neppure la metà del medesimo ed ha bisogno di essere coadiuvata con qualche pratica di cheiloplastica. Una tale differenza, a giudizio del clinico torinese, muove dalla maggiore o minore cedevolezza dei margini della ferita in relazione collo stato di buona carnagione o di macilenza, e muove ancora dalla presenza o dalla assenza dei denti e simili. La recisione a V venne pur'anco felicemente praticata in due casi (osserv. 15.ª e 17.ª) in cui la contaminazione era estesa da un lato del labbro alla corrispondente commissura, e più o meno ai tessuti delle gote confinanti. Nella clinica chirurgica di Torino prima di accingersi all'atto operativo se ne deduce una norma di condotta, facendo spingere con forza da ambo i lati delle regioni laterali inferiori del volto le parti molli verso la bocca: in questo movimento il labbro si piega ad angolo sporgente all'infuori e formato dalla parte contaminata: dalla maggior o minore distanza osservabile fra i due lati sani del labbro, continui ancora colla parte affetta ma a questa retroposti, può il pratico fin ad un certo segno dedurre la possibilità o l'impossibilità del loro mutuo combaciamento dopo l'operazione.

Con grande insistenza il prof. *Riberi* avverte il chirurgo nel praticare la recisione a V « di tagliare sopra tessuti sani, soffici, non dolenti al tatto e non offrenti una morbosa vascolarità, soprattutto non indanaiati di taccche isolate del colore del ferro o del rame, o di venuzze dilatate ed in varia direzione diramate, e di fare perciò scorrere il gammautte a qualche distanza dai contorni dei tessuti visibilmente o tangibilmente alterati. L'attuazione di questo precetto pre-

viene molte riproduzioni. Anzi è esso così importante che nei casi di cancro piuttosto esteso, vieppiù nei cancro-scirri da cui s'irradiano nelle vicine parti bianche listerelle, rassomiglianti a legamenti, consiglia di gettarsi subito alla cheiloplastica anzichè pel solo fine di farli entrare nel dominio della più semplice pratica a V, questa non eseguire colla letterale precisione poc'anzi indicata, giacchè qui la maggiore semplicità dell'atto operativo cadrebbe tutta a danno dell'operato, perciò più esposto a recidive ».

Ecco il metodo operativo adoperato dal *Riberi*: « Collocato l'infermo sopra una sedia piuttosto elevata col capo appoggiato al petto d'un assistente, afferra il labbro coi diti pollice, indice e medio della mano sinistra e lo distende tirandolo verso di sè e scostandolo alquanto dalle gengive corrispondenti, mentre l'assistente ne tende colla sua mano il lato sinistro tirando la commessura orizzontalmente verso le gote. Dopo ciò pratica un'incisione lunghesso il lato sinistro del tumore, la quale debbe estendersi verso il mento, e quindi ripiglia il labbro colla mano sinistra, lo fa tendere dall'assistente in opposta direzione, ed eseguisce lungo il lato destro una seconda incisione che s'unisce alla prima verso il mento, lasciando dopo di sè, tolta tutta la parte contaminata, una breccia colla forma di V. Debb'allora l'assistente spingere colle sue mani dall'indietro innanzi ambo le gote fin a che i margini della ferita siano a contatto e possan essere riuniti colla sutura. In questo caso l'apice del V è verso il mento e la sua base è rivolta all'orifizio della bocca. Calcando questi precetti, è facile il vedere come debba essere levato il cancro delle commettiture e quello del labbro superiore; nei quali casi avanza, dopo l'operazione, una ferita coll'apice rivolto o ad una delle gote o ad una delle narici, ovvero al tramezzo molle del naso ». Quando l'orlo labbiale è dal cancro interessato in una estensione minore che non le parti ad esso sottostanti, lo recide anzichè con due incisioni oblique aventi la forma di V, con due incisioni se-

milunari. Se il cancro labbiale dalle commissure manda nelle gote alcune radici in diverse direzioni, toglie il tutto facendo collimare nello stesso atto operativo due o più incisioni composte a V, di guisa che i loro margini possano sempre essere riuniti colla sutura.

Quando tolto il cancro labbiale con incisione a V, il pratico non può più, contrariamente alla sua prescrizione, raffrontare i margini della breccia, quando questo caso fu pur previsto per la grande estensione del male, e quando anche in altre lesioni traumatiche accadono gravi guasti labbiali, come per ferite sclopetarie, per cancrena, per iscottature, ecc., in allora consiglia di ricorrere alla cheiloplastica, a cui il dotto professore consacra molte pagine del suo libro, considerandola dal lato istorico da *Celso*, da *Tagliacozzi* sino ai nostri giorni, in cui fece sì splendidi progressi.

Per maggior chiarezza l' Autore trattando della cheiloplastica incomincia dall' esaminare i recenti metodi diretti a ristaurare il labbro inferiore, i quali consistono ora nello scollamento d' uno o d' ambi i margini della ferita per un tratto più o meno lungo di contro alla mandibola, e nel successivo loro sdrucciolamento verso il centro della breccia, ed ora nella formazione di lembi per lo più triangolari o quadrati, formati coi tessuti delle gote, o colla pelle del collo, o nello stesso tempo colla pelle del collo e con quella che copre la faccia esterna della mandibola, ma aventi sempre per carattere generale cotesto che hanno una tangente in un punto dei margini della breccia che si ha a colmare, contrariamente ai metodi italiano ed indiano, in cui quei lembi sono presi in parti più o meno lontane, non aventi alcuna tangente nella stessa breccia.

Fra codesti metodi il *Riberi* si occupa particolarmente dei principali che sono: quello di *Horn*, quello di *Chopart*, quello dì *Roux di San Massimino*, e delle varie aggiunte fattevi da altri autori.

Del metodo di *Horn* o di *Roonhuysen* adoperato in due

casi (oserv. 76 e 78) dà una descrizione esatta, ne commenta i principali vantaggi e ne indica gli inconvenienti. Secondo il nostro Autore, questo metodo che è particolarmente conveniente nei casi in cui la breccia comprende più della metà del labbro, ma non si estende oltre alle due terze parti del medesimo, allorchè la stessa breccia occupa tutto il labbro in larghezza ed in altezza, vie più se sono coaffette alcune tessiture limitrofe — debbe ceder il luogo ai metodi seguenti di cheiloplastia, cioè a quello di *Chopart* e più particolarmente a quello di *Roux di San Massimino.*

La cleiloplastica, secondo il metodo di *Chopart*, venne eseguita sette volte negli 80 ammalati con qualche modificazione a seconda del caso, come nelle osservazioni 47, 63 e 66. Codesto metodo ingegnoso e di facile esecuzione, presentò nella clinica dell' ospedale gravi inconvenienti, come quello di non potersi quasi mai conservare intiero il lembo, il quale rimane smussato nel suo margine libero od anche distrutto in gran parte da un lavorìo cancrenoso. E di quest' ultimo triste esito il *Riberi* ne moveva di già lagnanze sin dal 1842 (1) riservandosi di occuparsene più tardi, ed in questo recente suo libro adempie ora la promessa enumerando ed analizzandone le cause, evitate le quali, si salva il lembo dalla cancrena.

Ed in questo punto il *Riberi* parla d' un fatto sinora inosservato, e due volte da esso incontrato (osserv. 21 e 66) dopo la cheilopastica praticata secondo il metodo *Chopart*, la comparsa cioè d'una mucosite laringo-tracheo-bronchiale intensa e contumace, probabilmente risultato e di eventuale raffreddamento di corpo rilevato nell' atto operativo, ovvero dall' azione dell' aria su una parte del canale aereo denudato, o meglio dell' irritazione traumatica dall' esterno di quel canale diffusa alla sua parte interna.

---

(1) « Giornale delle scienze mediche ». Torino, 1842.

Passa in seguito l'Autore a descrivere i due metodi di *Roux di San Massimino*. Se non che dette appena alcune parole intorno al primo dei medesimi, di cui non ebbe motivo d'esser appagato, si ferma particolarmente a descriverne il secondo.

Questo metodo, cinque volte adoperato nella clinica (osserv. 17, 68, 69, 72 e 79), non è pur esso esente dall'esito a cancrena (osserv. 72), attribuibile però più che al metodo, al soverchio stiramento che per circostanze particolari dovette sostenere il lembo. Cosicchè il *Riberi*, ammaestrato dal fatto, non esita a dare la preferenza al metodo *Roux* sul metodo *Chopart*; perchè nel primo essendovi maggior larghezza della base del lembo, più facile riesce la circolazione capillare e la nutrizione, ed in questo metodo non si ha a lamentare che una sola cicatrice. Importantissime poi pel chirurgo operatore riescono varie osservazioni critiche fatte dall'Autore al metodo *Roux*, ed una modificazione proposta con cui questo metodo può essere elevato all'onore di metodo generale ogni volta che si tratta di rabberciare non solamente tutto intiero il labbro inferiore, ma altresì una parte del labbro superiore o d'una guancia.

Discorso del bene e del male delle modificazioni *Morgan*, *Serre*, *Viguerie*, *Syme*, l'Autore ci dà la descrizione d'una modificazione da lui stesso attuata fin dal 1842 nei casi di cancro occupante il labbro in tutta la sua spessezza, larghezza ed altezza, consistente « nel recidere la parte offesa con due incisioni obblique, congiungentisi sul mento ad angolo acuto; poi nel praticar un taglio, lungo nove o dieci linee circa, il quale dalla commessura si prolunghi quasi orizzontalmente verso la gota corrispondente; poi nell'eseguire un'altra incisione dall'estremità esterna dell'orizzontale protratta obliquamente al basso ed all'infuori sulla base della mandibola, risultandone un lembo triangolare colla punta troncata e diretta all'alto; poi nell'inclinare il lembo verso la linea mediana e colmare con esso la breccia,

ed ove vi si acconci con qualche stento, nel dissecarlo un tal poco contro la mandibola. Se la breccia è così estesa che un solo lembo riesca insufficiente a colmarla, si debbe ancora togliere colle norme fin quì discorse un altro consimile lembo dal lato opposto. Si riuniscono quindi colle suture i margini verticali dei due lembi. In quanto poi ai loro margini superiore ed esterno, tutta quella parte che oltrepassa la distesa che si vuole dare al nuovo labbro è unita altresì con sutura al corrispondente margine dell' incisone delle gote ».

Questa modificazione, messa in pratica con felice successo in un certo Bianco di Bonneville, di cui l' istoria fu pubblicata nel 1842, venne in seguito dal *Riberi*, dopo d' aver abbracciato il metodo *Roux*, adoperata soltanto qual mezzo ausiliare d' altra pratica operativa (vedi osser. 16, 18 e 42). Il professore di Torino fu tratto dal proprio genio a ricorrere a questa modificazione operativa, e non pervenne alla di lui cognizione che molto tardi, essere questa modificazione già stata descritta dal *Malgaigne*, il quale ultimo però consigliò sempre la formazione di due lembi triangolari; non parla della sua utilità tuttochè attuata con un sol lembo, e per conseguenza tace del soccorso che può prestare qual metodo operativo ausiliario.

E dacchè tratta della cheiloplastica, volle l'Autore considerarla in tutte le sue applicazioni, quando i cancri sono complicati a grave lesione della mandibola, ovvero quando occorrono accidentali, permanenti, ampie e per lo più inveterate soluzioni di continuità con perdita del labbro, già cicatrizzate e derivanti ora da ferita con perdita di sostanza, male curata o di cui non fu possibile ottenere la guarigione, ed ora, ciò che è più frequente, da scottatura, da carbonchio, dal morso di un animale, da cancrena, da ulcerazioni sifilitiche, scrofolose o d' altra natura, siano recenti che antiche, con o senza difformità dei denti, e della mandibola.

In seguito discorre dei modi di colmare le breccie del labbro superiore, ora derivanti dalla recisione d'un cancro, ed ora susseguenti ad altre lesioni traumatiche e carbonchj, a cancrena o ad ulcere di cattiva natura, ed a questo proposito fa egli una molto onorevole menzione della pratica del *Sabattini* il quale con ingegnoso ripiego rifece il labbro superiore a spese dell' inferiore e ciò con esito più felice di quanto non avesse potuto ottenere *Roux* in un analogo tentativo.

Chiude infine l' Autore quest' interessantissimo articolo delle varie pratiche cheiloplastiche ricordando che, qualunque sia la pratica operativa con cui si recide parzialmente o totalmente un labbro canceroso e s' unisce o si restaura la risultante breccia, non doversi obbliare mai di recidere altresì nello stesso atto operativo le ghiandole sintomaticamente tumide, circostanti e vicine. La qual cosa non è difficile allorchè si formano lembi autoplastici più o meno vasti, offrendosi allora le ghiandole quasi nude.

In quanto poi all' emorragia consecutiva all' atto operativo, l'Autore ripete il consiglio, già dato trattando del labbro leporino, cioè di legare immediatamente tutte le arterie « che non sono capillari », tagliando solamente una delle estremità dei fili in prossimità del nodo, lasciando l' altro sporgente dalla soluzione di continuità, da dove può essere estratto o nel momento in cui si leva l' apparecchio riunitivo, o poco tempo dopo, e ciò senza verun ritardo della guarigione.

La sutura attorcigliata su spilli fini da insetti, e su aghi d' argento a punta d' acciajo fu la più frequentemente adoperata per riunire i margini dell' incisione composta a V con o senza scollamento dei medesimi.

Fra i 78 operati di cancro labbiale, 73 escirono guariti dalla clinica, di cui però taluni ricaddero dopo un tempo più o meno lungo in mali cancerosi. Due soggiacquero alla riproduzione del male nella clinica, diffuso dalle parti molli

del labbro all' osso sottoposto; tre poi morirono dopo l'operazione per malattie indipendenti dall' atto operativo.

Nei 73 operati la riazione traumatica fu lieve e per lo più di poca durata. In alcuni di essi l' orifizio della bocca rimase dopo l'operazione più ristretto del naturale; difetto però che in breve si corresse stante la grande elasticità dei tessuti labbiali; in altri operati il nuovo labbro rimase alquanto tirato da un lato o dall'altro, stiratura però che scemò anche col tempo, da rendere insignificante la rimanente difformità; in parecchi rimase dopo l' operazione un piccolo sì, ma vistoso avvallamento del labbro superiore.

Dopo la cheiloplastica a lembi giusta i metodi *Chopart*, *Roux*, *Morgan* e *Serre* la masticazione riesce libera, il nuovo labbro orbato dei suoi muscoli costrittori non può altrimenti muoversi fuorchè per la trazione delle parti vicine, ed il suo margine libero rimane così assettato alle gengive da dar all' operato la figura d' uomo che si morda il labbro inferiore. Minimi inconvenienti in paragone dei danni della perdita della saliva, e della necessità di ricorrere ad un labbro d' argento.

Per ultimo darò io pure ed in forma di riepilogo le seguenti considerazioni patologiche che emergono dall'esame delle ottanta istorie.

« 1.° Che la malattia incominciò quasi sempre alla maniera dei cancri epiteliali od epiteliomi dalla pelle o dalla mucosa labbiale, e che di là si diffuse al parenchima del labbro, rari essendo stati i casi in cui, principiata in questo, siasi poi diffusa a quelle membrane.

2.° Che la cute fu sempre affetta, per lo più primitivamente e qualche rara volta per diffusione morbosa dalla membrana mucosa.

3.° Che molte volte illesa nel principio del male, la membrana mucosa fu quasi sempre impigliata nel suo decorso.

4.° Che il tessuto celluloso del parenchima labbiale si mostrò sempre coaffetto e ben sovente le cripte mucose e

sebacee, dal cui grande numero nei labbri già *Beniamino Bell* derivava la frequenza dei cancri labbiali.

5.° Che i tessuti muscolari del labbro furono talvolta illesi (osserv. 22, 56 e 62), qualche volta poco compartecipi del male (osserv. 41, 46 e 60), ed in alcuni casi (osserv. 53, 61 e 65) del tutto impigliati, anzi scomparsi.

6.° Che, se in nosologia si ammettono più specie separate di cancri, la natura poi ci mostra la poca consistenza di quelle distinzioni offrendo sovente tra sè accoppiate più di quelle specie.

7.° Che ad ultimo i cancri del volto sono forse quelli in cui meno frequente s' incontra il siffatto connubio ».

Quest' istesso volume contiene inoltre tre altri importanti trattenimenti clinici, di cui daremo pur anco un brevissimo cenno.

Il primo riflette la *difforme e permanente flessione dei diti della mano da cicatrice.* Lasciate da banda le flessioni permanenti dei diti generate da altre cause, si occupa in codesta lezione esclusivamente delle flessioni che muovono da cicatrici, per la ragione che in clinica trovavansi in quel momento tre casi di codesta difformità; occasione favorevole a trattare dei mezzi operativi trovati dal professore più acconci a correggere sì fatta attratura, che non di rado gli si presenta ed in clinica e nei consulti gratuiti dello spedale, e nella di lui pratica particolare.

Esposti i tre modi operativi che furono magnificati dagli autori per la cura cruenta di questa malattia ed indicatine in modo comparativo i vantaggi e gl' inconvenienti, l' Autore ne deduce i seguenti corollarii che testualmente riproduciamo, perchè in essi si raccolgon i fili sparsi di tutto il trattenimento clinico:

« 1.° Per correggere la flessione permanente dei diti della mano da cicatrice le semplici incisioni trasversali sono da anteporsi a queste istesse incisioni precedute dalla recisione della parte sporgente della cicatrice.

2.° Quanto fu per alcuni avanzato intorno alla frequenza del ritorno delle contratture state corrette con semplici incisioni trasversali è contraddetto dalla sperienza.

3.° Pur ammettendo che per correggere le contratture da cicatrice la pratica di *Delpech* sia in genere da anteporsi, trattandosi però in particolare della flessione permanente dei diti della mano da cicatrice, è essa per l'ordinario da postergarsi alla vecchia pratica delle semplici incisioni trasversali. Potrebbe al più essere attuata e preferita in alcuni casi di piccolissima briglia da cicatrice ».

In ultimo il *Riberi* espone in modo chiaro e conciso i tre fatti clinici che diedero luogo al trattenimento e descrive il metodo operattvo usato.

Due casi avvenuti nel principio dell'anno clinico 1857 *d'amputazione totale d'un dito della mano e del piede colla formazione d'un lembo solo palmare e plantare*, porsero argomento ad una dotta lezione su quest' operazione. Avverte l'abile chirurgo che in tutte le operazioni havvi maggiore o minore differenza tra gli atti operativi che s'insegnano e si praticano sui cadaveri, e quelli che si eseguiscono nel vivente, perchè in questo s'incontrano ad ogni passo eccettuazioni alle regole generali, richieste dalle cambiate relazioni anatomiche e di forme mutate dei tessuti infermi, adducendo di questa proposizione molti esempj, che caddero appunto sotto gli occhi della numerosa scuola. Ed arrivando ai due casi clinici, soggetto della sezione, il professore dimostra come, quand' anche sia consigliato dagli scrittori di terapeutica operativa di disarticolare la totalità d'un dito della mano o del piede secondo i metodi *ovalare* od a lembi laterali, pure si dovette eseguire l'operazione formando un solo lembo o dorsale o palmare secondo che i tessuti molli della radice del dito sono solamente illesi nella sua regione dorsale, o quando sono alterati tutti in giro salvo che nella regione palmare. « Cinque volte, egli scrive, ho

praticata la disarticolazione in totalità d'un dito coprendo il moncone con un sol lembo preso nella regione dorsale. Temeva sulle prime che, per la sua sottigliezza, non potesse esso per avventura conservarsi tutto intiero; ma il fatto mi provò il contrario, giacchè in nessun caso riescì alla mortificazione. In nessuno di questi casi non vidi neppure formarsi suppurazione tra esso ed il moncone, ma credo che quando pure si formasse, l'aver il lembo la sua radice nella parte più elevata ne renderebbe molto facile l'uscita. Ebbi sempre l'avvertenza di recidere il tendine estensore del dito rasente la radice del lembo formato prima di disarticolar il dito, e della lunghezza da coprire la ferita risultante ». Benchè l'aderenza del lembo sia nella parte più declive, tuttavia il *Riberi* non vidde mai stasi di sangue e di pus, avendo particolar cura di nettare ben bene la ferita da ogni grumo di sangue, d'applicare colla maggior possibile esattezza il lembo al moncone, di mantenere questo perfetto combaciamento sino a compiuta convalescenza con varii punti di sutura intercisa, e con morbido cuscinetto quadrilatero applicato sulla sua base e sostenuto da listerelle piuttosto lunghe di diachilon, incaricate di esercitare una dolce trazione dalla regione palmare o plantare verso la regione dorsale.

Questo utilissimo volume ha poi termine colla narrazione d'un fatto avvenuto in clinica in quest'istesso anno di *aneurisma del terzo inferiore dell'arteria crurale sinistra guarito colla pressione digitale*, di cui il *Riberi* davane anche communicanza alla R. Accademia medico-chirurgica di Torino nella seduta del 7 maggio p. p. E dacchè da questa narrazione il modesto professore limitossi a far soltanto menzione d'un caso gravissimo avvenuto circa trent'anni sono di emorragia arrestata colla pressione digitale, così noi testimonj del fatto ci crediamo in obbligo di dare maggior ragguaglio di questo grave accidente, in cui la vita del povero

ammalato venne salva dal genio del *Riberi*, nostro affezionato maestro.

Correvano le vacanze autunnali dell'anno scolastico 1830 e noi eravamo *Interno* dell'ospedal maggiore di S. Gio., particolarmente addetto alla clinica operativa, quando un povero mendicante che da moltissimi anni faceva pubblica mostra della gamba e piede sinistri, mostruosi per una elefantiasi, onde commuovere a pietà ed a soccorso i passaggieri della Capitale, si presentò chiedendo d'essere libero coll'amputazione della gamba, da varii mesi sede d'incessanti ed atroci dolori. Si venne all'amputazione nel terzo inferiore della coscia, e nell'eseguirsi l'allacciatura dell'arteria femorale, questa tagliavasi col reffe per essere in gran parte ossificata, e tal poco dilatata. Scoperta per un certo tratto superiore, presentando la medesima lesione, l'allacciatura fu in breve susseguita da nuova emorragia. In tanta urgenza di cose si passò ad una terza operazione, cioè a scoprire l'arteria femorale al terzo superiore della coscia per tentarne la legatura in quel punto, ma, dopo sollevata tal poco colla pinzetta, non si osò portare un laccio, trovandosi nella medesima condizione patologica. La compressione fatta meccanicamente all'inguine sino a quel punto, non era più tollerata; la perdita del sangue grave per sè stessa, era più grave ancora per lo stato di denutrizione in cui trovavasi allora quel povero mendico, cosicchè correva prossimo pericolo di vita, senza mezzi a poter arrestare il sangue che a fiotti esciva dalla beante arteria femorale. In questo solenne momento il *Riberi* fa appello al cuore generoso degli allievi dell'ospedale, i quali in un atomo si costituiscono permanenti all'ospedale, e giorno e notte fanno per turno e per varie ore ciascheduno una continuata ed intelligente pressione colle dita sull'arteria femorale alla sua escita dalla pelvi, e così fu doma in quattro giorni un'emorragia che altrimenti doveva essere fatale al meschino amputato. Questo fatto glorioso e pel *Riberi* e per la sua scolaresca, non

è desso preludio dell'ottimo trovato dell'illustre e benemerito professore di Padova, il dott. *Vanzetti?*

Qui finiscono le nostre osservazioni sull' ultimo rendiconto clinico del *Riberi*, augurandoci pel progresso della scienza e per la gloria della medicina italiana una prossima occasione di nuovamente intrattenere il lettore di questi Annali delle dette scritture, risultato di indefessi e profondi studj e di lungo ed estesissimo esercizio dell'arte salutare di questo celebre medico, ornamento dell' Ateneo piemontese.

De la version, *etc.* — **Della versione per maneggi esterni, e della estrazione del feto per i piedi;** *del dott.* **WIGAND.** — *Trad. dal tedesco, del dott.* Herrgott, *etc. Strasburgo* 1857; *in-8° di pag.* 76. — *Analisi bibliografica del dott.* ***E. Casazza.***

Il dott. *Wigand* di Amburgo, ostetrico invecchiato in una pratica felice, aveva già dato pubblicazione sino dal 1812 alle sue idee sulle manualità esterne tendenti ad ottenere la versione, le quali per qualsiasi ragione rimasero poco o nulla conosciute sino a che, nello scorso anno, il prof. *Herrgott* di Strasburgo diede in luce una traduzione francese del lavoro originale del suddetto Autore. Non è però che il *Wigand* fosse rimasto finora affatto sconosciuto, il suo nome era citato con quello di *Osiander*, di *Siebold*, di *Flammant* ed altri autori tedeschi, ed il *Velpeau* nel suo ricchissimo trattato di ostetricia non mancò di far osservare la particolarità che lo distingue. La traduzione ne ha facilitata ed estesa la conoscenza: dopo di che alcuni ostetrici simpatizzarono con questo distinto Autore, mettendo anche in pratica i suoi procedimenti (Ann. Univ. di Med. Vol. CLIX). E sebbene il *Mattei* nella sua recente opera non indichi espressamente

d'avere attinto dal *Wigand* i precetti da lui dati sulle manipolazioni esterne, invano potrebbe contendergli la priorità, nè soltanto una qualche differenza sul tempo e sul modo di operare basterebbe a renderlo originale.

Non è già che le manipolazioni esterne per ottenere la versione siano un pensiero affatto nuovo creato dal *Wigand*, che anzi era questa la pratica degli antichi raccoglitori dei parti nei casi di sfavorevoli presentazioni, pratica però cieca, casuale, non metodica e come tale appunto abbandonata dopo che *Franco*, *Pareo* e più di tutti *Guillemeau* insegnarono ad eseguire metodicamente la versione pei piedi colla mano portata nella matrice. E tanto questa fu trovata utile, conveniente, eseguibile in tutti i casi, che caddero in perfetto obblio per molto tempo le manualità esterne.

Se vuolsi avere un'idea degli antichi processi e della loro imperfezione, si faccia attenzione al seguente passo del libro intitolato « *La Comare* » di *Scipione Mercurio* stampato sul principio del secolo XVII, nel quale si insegna appunto il modo di operare la versione. Premessa la descrizione di una barbara posizione da darsi alla partoriente colla testa abbassata ed il bacino molto più elevato, soggiunge: « Si accomodi poi la comare in ginocchioni fra le gambe della partoriente, ed ontasi le mani con olii o decotti, consideri bene la parte dove puntava la creatura colla testa ed avendola ben riconosciuta di quindi incominci a frugare gentilmente e spingere verso l' ombelico della partoriente, ma sopratutto ugna molto bene e il capo e le parti vicine della natura, e questo (lo spingere) faccia molte volte, affinchè la creatura scostandosi da quel luogo, dove malamente era situata, si riduca nel mezzo del ventre, il che succede facilmente . . . . . Ora, collocata la partoriente nella suddetta figura . . . . . dimorerà in quella sin tanto che la comare abbia ridotta la creatura nel mezzo del ventre e fuori di quelle angustie dove era cacciata e quasi fitta . . . . » Alle quali manualità esterne tengono dietro altre fatte interna-

mente allo scopo di raddrizzare la testa. Simili tentativi fatti all' azzardo come potevano non essere dimenticati dopo che si conosceva il modo di operare con metodo, con prontezza, con sicurezza?

Dirò adunque collo *Stolz* (Prefazione all' opuscolo di cui trattasi), che il *Wigand* non ha fatto che dissotterrare un procedimento molto antico; ma la novità e il merito, per quanto ve ne possa essere, sta nell' aver dato le norme ed i precetti per eseguire tali operazioni con metodo, e con molta probabilità, spesso sicurezza di riuscita. Sotto tale aspetto è permesso al *Wigand* di chiamare *nuovo* il suo modo di operare. Che se questo non gli si volesse concedere, io invocherò ancora a suo favore il *nihil sub sole novi* dell' antico savio, e farò osservare che anche la versione interna pei piedi era stata fatta, quantunque non di regola, da *Ippocrate* e da *Celso*.

Ciò che importa si è di considerare il modo di operare del *Wigand* ed i vantaggi o meno che possono derivarne all' esercizio dell' arte, al quale scopo mi propongo di seguire con un esame critico lo stesso Autore nel suo breve opuscolo. Ma innanzi tutto mi trovo obbligato a dichiarare che la profonda dottrina mostrata dal *Wigand* nell' arte dei parti, l' esattezza dell' osservazione, la fedeltà che traspare nell' esposizione dei fatti, la sua penetrazione nel calcolare e mettere a profitto anche piccole circostanze per molti forse inavvertite, sono titoli più che sufficienti perchè lo si abbia a prendere in considerazione, vogliansi o no seguire le sue opinioni.

L' opuscolo del *Wigand* è un trattato completo sulla versione e sull' estrazione del feto che esso intitola: « Nuovo « e facile metodo di rivolgere e di far nascere i bambini « senza impiegare nè grande destrezza, nè forza ». Si propone quindi di esaminare tutti i casi di sfavorevoli posizioni del feto che richiedono i soccorsi dell' arte e di indicare quali possono essere i processi operativi più convenienti.

Fra questi processi vanno annoverati in primo luogo per l'utilità le manualità esterne, senza trascurare però le interne talvolta indispensabili. Le quali manualità esterne ed interne debbono tendere a far eseguire i minori movimenti possibili al feto, ad assecondare per quanto è possibile i procedimenti e le tendenze di natura, e perciò secondo i casi la testa, le natiche o i piedi dovranno essere ridotti all' orificio dell' utero ed al centro del bacino, risultandone tre specie di versione sulla testa, sui piedi, sulle natiche. L' uscita del feto deve essere di regola affidata alla natura anche nei casi nei quali sia stata necessaria una versione, perchè l' estrazione pronta del feto è troppo in contraddizione coll' andamento naturale del parto. — Tali sono in breve le idee sviluppate dall' Autore e dimostrate convenienti in ogni caso, salvo alcune determinate contro indicazioni.

Accenna l' Autore d' essere stato condotto a simile pratica dalle molte osservazioni di versioni *spontanee* fatte alcune da lui, rilevate molte da altri autori, nelle quali la testa o le natiche erano state condotte all' orificio dell' utero dagli sforzi stessi della matrice; i quali cangiamenti eransi effettuati senza sforzi straordinarj nè mezzi violenti, spesso dietro *cause assai leggeri*, per esempio il semplice decubito laterale, la pressione fatta sul ventre dalla partoriente stessa, gli sforzi di tosse o di sternuto, un movimento brusco ed altre circostanze analoghe. Dalla valutazione appunto di queste cause fu indotto a modificare la presentazione del feto con una determinata *posizione* della partoriente e con *pressioni esterne fatte a proposito e con misura sul ventre e sulla matrice*, memore eziandio del vantaggio ritratto da qualche manualità esterna nell' eseguire la versione col metodo che esso chiama antico.

E se tali possono essere i mezzi di agire sul feto, la possibilità che il feto cambi posizione è concessa dalla mollezza delle pareti uterine che permettono di agire sul corpo con-

tenuto, dalla presenza delle acque che rendono il feto mobile, dalla scorrevolezza della pelle del feto lubricata da un intonaco sebaceo.

Rimaneva a considerare la conseguenza delle pressioni sull' utero, e su questo l' Autore soggiunge avere la matrice molte volte sopportato impunemente pressioni e colpi, osservarsi molti casi di compressione forte e continuata esercitata dalla testa del feto al sacro e al pube senza derivarne conseguenze; in un caso venuto a sua cognizione essere stato compresso il ventre per una mezz' ora da un uomo robusto allo scopo di favorire l' uscita del feto, senza che siane avvenuta malattia nel puerperio; molte donne negli ultimi tempi di gravidanza esser cadute da rilevante altezza, aver riportate echimosi senza sconcerti per la matrice. Se non ne sono derivati dei danni in simili casi, come si potrà temerne da manualità leggeri, prudenti, che agiscono sempre sull' utero in una direzione obliqua e laterale, non mai direttamente dalla periferia verso il centro? Nè similmente è a temersi del distacco della vagina dall' utero perchè la distrazione è sempre da un lato, e ciò che perde da un lato la vagina guadagna dall' altro per l' abbassamento del collo dell' utero.

Confortato da queste riflessioni, l'Autore si accinse a varie esperienze e n' ebbe risultati felici. « Ho osservato più dozzine di casi nei quali ho potuto cangiare con queste manipolazioni una posizione fetale abnorme che *sembrava* necessitare la versione, e ottenere ogni volta un parto facile e naturale per la testa ». Di questi casi, tre sono esposti con istoria dettagliata, dalla quale si rileva che in due la testa era trattenuta sul bordo del distretto superiore, senza essere realmente deviata da questo distretto, nel terzo potevasi sentire coll' esplorazione il dorso del feto e quindi la testa era completamente deviata, quantunque il feto conservasse notabile mobilità. — Confrontando la poca frequenza dei casi di vera deviazione della testa colla frequenza dei

casi osservati in breve tempo dall'Autore, mi trovo obbligato a supporre che in alcuni non trattavasi se non che di elevatezza della testa per poca cedevolezza del segmento inferiore dell'utero, e che siasi attribuito senza ragione all'influenza del metodo operativo, quello che è avvenuto nel procedere del parto per solo fenomeno del parto stesso. Con che però non intendo di mettere in dubbio nè l'utilità dei soccorsi dall'Autore impiegati, nè la loro indicazione nella maggior parte dei casi accennati.

Viene in seguito l'Autore ad esporre le condizioni nelle quali sono indicate le manualità esterne, e le trova, come poteva supporsi, nella *presenza delle acque* in totalità o in parte, o almeno nell'essere queste *appena colate.* Per buona sorte nei casi di sfavorevoli presentazioni le acque sono sempre in abbondanza, e ciò che è causa disponente di deviazioni, diviene una circostanza favorevole alla conveniente riposizione. — Il che per verità si verifica con molta frequenza, senza essere però un fatto costante, come sembrerebbe al *Wigand.*

Altra condizione importante si è la *presenza delle contrazioni uterine regolari* le quali servono a mantenere il feto in buona posizione allorchè tale fu ridotto. Che se i dolori fossero mancanti, o irregolari, spasmodici, invano si tenterebbe di ridurre il feto in buona posizione, che esso riprenderebbe la sua deviazione appena si cessa dalle manualità.

Sono annoverate poi come controindicazioni in genere delle manualità esterne: le emorragie, le convulsioni, le sincopi, i vomiti ostinati, le rotture della matrice o della vagina, i dolori reumatici o un'infiammazione dell'utero, un'ernia, un aneurisma, un distacco prematuro della placenta, ecc., nei quali casi necessita una pronta liberazione. E per parte del feto sono controindicazioni: la procidenza del cordone, la gravidanza gemella, le convulsioni del feto, l'idrocefalo, l'ascite, ecc. I casi però di controindicazioni, al dir dell'Au-

tore, sono rari, specialmente dacchè meglio è curata l'igiene delle gravide e delle partorienti, si dà a queste ultime una conveniente posizione e si fa uso dell'oppio, *questa grande panacea delle partorienti*, al quale rimedio si attribuisce dall' Autore una grande efficacia in varii casi e specialmente di contrazioni irregolari o spasmodiche dell'utero. — Io però mi permetto di far conoscere che senza negare i vantaggi di questo farmaco, non accetto completamente le opinioni dell'Autore, e che se vi ha medicina che in questi casi possa chiamarsi *panacea*, questa per me è il salasso. Vi sarebbero forse ragioni per conciliar l'una coll'altra opinione apparentemente contradditorie? I temperamenti diversi delle donne nei diversi paesi potrebbero forse essere invocati in soccorso; nè sarebbe questa una vana supposizione, se si riflette allo scarso bisogno della sanguigna nei paesi settentrionali in confronto dei nostri climi.

Conclude l'Autore l'articolo delle indicazioni dicendo che le manualità esterne trovano la loro applicazione in tutti i casi di deviazioni, dalle più lievi alle più gravi, e che perciò può essere sostituito il nuovo metodo all'antico *in tutte le presentazioni abnormi quando non sia necessario il parto forzato* (l'estrazione pronta). Conclusione alla quale fu forse condotto l'Autore da un soverchio amore pel suo processo operativo e che certamente non va scevra da eccezioni.

Per l'atto operativo l'Autore stabilisce le seguenti regole:

1.° Un'esatta esplorazione esterna ed interna, eseguita in varie posizioni della donna in piedi, a letto supina, su un fianco, ecc., non trascurando neppure nei casi difficili l'introduzione di tutta la mano in vagina. — L'ascoltazione, della quale l'Autore non fa cenno perchè in quell'epoca non ancor conosciuta, di tanto valore diagnostico, darebbe maggior peso all'opinione dell'Autore stesso.

2.° Si dovrà far coricare la donna *sul fianco* nel quale trovasi la parte fetale che si vuol ridurre all'orificio del-

l'utero, perchè la mobilità di questo viscere e del feto fa sì che le parti superiori inclinino dallo stesso lato obbligando la parte inferiore a portarsi nel centro. La forma globosa, che, al dir dell'Autore, presenta l'utero in questi casi, favorisce questi cambiamenti di posizione del feto. Alcune volte è necessario altresì il decubito della partoriente *sul dorso o sul ventre*. La collocazione sul fianco però deve essere una posizione *laterale moderata* in modo che l' ombelico inclini dalla colonna vertebrale di 4 o 5 pollici. In luogo di situare la donna sul ventre, può bastare il metterla precisamente sul fianco sopra un guanciale duro in modo che il ventre debordi dal medesimo, e quando occorra adagiarla sul dorso, è necessario altresì tenere molto elevato il bacino. Se non si possa avere sicurezza della posizione del feto, converrà 16 volte in 20 situare la partoriente sul fianco *sinistro*. Tale collocazione sul fianco converrà eseguirla nell'intervallo dei dolori e nell'atto stesso che colla mano si fa qualche compressione sulla parte del ventre che va ad essere appoggiata sul letto, per impedire degli spostamenti del feto o la rottura prematura della borsa, e dovrà inoltre essere mantenuta finchè le acque non siano colate e la parte presentata non siasi impegnata nel bacino. — I quali precetti come che dettati dalla perfetta conoscenza dei fenomeni fisiologici e meccanici del parto, sono perfettamente attendibili.

3.° Si dovrà far discendere la parte più vicina all'orificio dell'utero, la quale molto più di frequente è la testa; qualche volta sono le natiche, ed in tal caso sono queste che devono essere abbassate; e la riuscita è tanto più facile, come è ben naturale, quanto più l'angolo che forma l'asse del feto coll'asse del bacino è acuto. I casi però di presentazione del dorso formano eccezione a questa regola e quantunque la testa sia più vicina all'orificio dell'utero, riesce però più difficile il richiamare la testa che non il far abbassare le natiche; epperò, dice l'Autore, nelle presentazioni *francamente oblique o trasversali* non devesi cercare di far abbassare la testa, bensì le natiche o i piedi.

In proposito della versione cefalica mette in campo l'obbiezione di un' eventuale posizione sfavorevole della testa richiamata, alla quale risponde che rare volte ciò accade, che se anche la faccia fosse rivolta anteriormente il parto si può compire, che il forcipe all'occorrenza sarebbe di facile ed innocente soccorso.

La pratica adunque ha persuaso l' Autore coscienzioso della disconvenienza di tentare, dell'impossibilità di riuscire nel richiamo della testa nelle vere presentazioni della spalla, alla quale vengono a ridursi tutte le così dette presentazioni del dorso, e ciò in opposizione al precetto generale da lui stabilito. Nè poteva essere diversamente per un ostetrico di molta dottrina e vera esperienza. La flessione che soffre la testa in questa presentazione, l'attitudine nella quale la testa si adagia sul torace, l'accorciamento del diametro longitudinale dell'utero, il notabile abbassamento delle natiche, rendono assolutamente impossibile la versione cefalica, o se qualche volta è avvenuta spontaneamente od artificialmente, lo fu per circostanze sicuramente eccezionali.

Ma la versione pelvica in simili casi eseguita col mezzo delle manualità esterne, quale probabilità di riuscita potrà essa presentare? Della sua possibilità mi offre sufficiente garanzia l' asserzione dell' Autore, convalidata d' altronde dai fatti di versione spontanea, convalidata dalla pratica antica che non avrebbe potuto durare per secoli sempre in opposizione ai risultati che se ne ripromettevano, convalidata in fine, almeno per me, dall' esperimento fatto più volte sul cadavere di far uscire un feto dalle vie genitali col mezzo dell' evoluzione (nella presentazione della spalla) mediante pressioni esercitate sull' estremità pelvica. — Per quanto riguarda poi alla facilità o meno di simile atto operativo, rigorosamente parlando non si potrebbero dedur conclusioni se non dalla pratica; nullameno soggiungerò più sotto le mie osservazioni, dalle quali potrà in pari tempo emergere il confronto tra il metodo del *Wigand* ed il metodo presentemente seguito colla mano introdotta nell' utero.

4.° L'uso delle mani sul corpo del feto attraverso le pareti addominali e l'utero deve farsi con pressioni dirette dall'alto al basso, dall'esterno all'interno sulla parte che deve essere richiamata all'orificio dell'utero, dal basso all'alto e parimenti dall'esterno all'interno sulla parte che si vuole ridurre verso il fondo dell'utero, con quelle piccole variazioni che sono dettate dalla varietà dei casi e dallo scopo prefissosi dall'operatore. — È insomma una specie di *taxis* che si deve esercitare sul feto. — Per le quali manipolazioni la donna può essere collocata diversamente secondo si troverà conveniente alla buona riuscita dell'operazione, avvertendo l'Autore che le pressioni esercitate dalle due mani sulle estremità opposte del feto devono essere eseguite in un *medesimo momento*. A completare l'operazione gioverà molte volte l'introduzione delle dita per centrificare sempre più la testa, rompendo in seguito la borsa se ve ne fosse la convenienza. Il momento poi più opportuno, più vantaggioso per tali manipolazioni, è quello delle *contrazioni uterine*, nel quale per conseguenza bisogna agire con maggiore energia, bastando nel loro intervallo di sostenere le parti del feto con modica compressione. E se non si ottiene l'intento dopo alcuni maneggi, per non faticare eccessivamente l'utero, nè stancarsi l'operatore, si approfitterà di una conveniente posizione della partoriente, della pressione esercitata con qualche duro guanciale sulla parte che deve essere rilevata (per esempio la testa) e di qualche leggier pressione sulla parte che deve discendere (per esempio le natiche).

5.° Rompere le membrane appena si ha la certezza che l'estremità fetale è discesa ed ha preso una conveniente posizione, facendo tenere nello stesso momento l'utero compresso sui lati. Nè sarebbe indifferente il luogo della rottura della borsa, perchè l'uscita delle acque deve trascinare con sè la presentazione, epperò deve essere fatta al lato stesso della parte che deve discendere. Il precetto però della rottura della borsa non è così generale che in alcuni casi di

presentanzione ben fissata, non si possa ommetterlo per abbandonare anche questo fenomeno del parto alla natura. — Così l'Autore.

6.° Anche dopo l' uscita delle acque non devesi abbandonare l'utero nè il feto fin che la presentazione non siasi veramente impegnata nel bacino e resa stabile dopo maggiore o minor numero di contrazioni.

Esposte le regole generali, l'Autore viene a descrivere i processi operativi nei casi particolari delle diverse presentazioni e deviazioni, le quali non sono che un'applicazione delle regole suddette. Piacemi solo di far osservare che non di rado per condurre a termine l'operazione nel miglior modo possibile si vale anche del soccorso di manualità interne, nè solo per rompere la borsa, ma per ajutare la discesa della testa e la sua buona collocazione, e per stirare sul piede procidente nel caso di tendenza manifesta all'abbassarsi delle natiche nelle presentazioni della testa o della spalla.

Il modo di operare dall' Autore dettato, fatta astrazione dall' efficacia da lui attribuita ai maneggi esterni, è affatto consentaneo alla fisiologia ed alla meccanica dei parti, ed è caratterizzato soprattutto dalla dolcezza, dirò anche dalla lentezza, da un'apparenza di inazione ed aspettativa che certo non potrebbero essere che lodevoli, ove bastassero allo scopo di vedere effettuato il parto coi minori pericoli per la madre e per il feto.

L'Autore, appunto quasi presago dei dubbii che poteva risvegliare il suo metodo, si accinge a fare il confronto coll'antico per mettere in chiaro la prevalenza determinata, secondo lui, dai seguenti vantaggi: 1.° Il nuovo metodo è meno violento, meno imbarazzante; 2.° Rare volte si viene ad avere un parto pei piedi, parto più pericoloso pel bambino di quello per le natiche; 3.° Non vi ha pel feto il pericolo che può derivare dalla respirazione intra-uterina facile ad avvenire nell'introduzione della mano fino al fondo dell'utero; 4.° Non è necessario di rompere sempre la bor-

Stimatissimo Signore,

Le invio alquanti manifesti del **MORGAGNI**, *giornale indirizzato al progresso della medicina, redatto dai professori* SALVATORE TOMMASI *ed* ARNALDO CANTANI, *direttori delle due Cliniche Mediche dell' Università di Napoli, con la collaborazione di altri insigni professori di medicina e chirurgia. Il detto periodico, benchè tenuto in molto pregio fra noi, non è però grandemente diffuso nelle altre parti d' Italia, per mancanza di mezzi efficaci di comunicazioni. Perciò prego grandemente la Signoria Sua a volersi benignare di diffondere i sopradetti manifesti fra i medici del paese da Lei amministrato; di che Le saprò infinite grazie.*

Colgo la presente occasione per profferirle i sensi della mia altissima stima con cui mi segno

Napoli 10 novembre 1869.

Suo devotissimo ed obbligatissimo
Pietro Cavallo.

sa, ma può essere conservata per la più facile dilatazione dell'orificio della matrice; 5.° Infine, modificata la presentazione, può essere abbandonato il parto all'assistenza della sola levatrice.

Egli è da questo confronto, in quanto possa logicamente sussistere, che dovrebbe risultare la convenienza dei procedimenti del *Wigand*, per cui mi è duopo analizzare innanzi tutto le conseguenze dedotte dall' Autore.

1°. La versione, esso dice, eseguita con manualità interna, richiede un apparato imponente; che l' operatore si metta a braccia nude, che la partoriente sia collocata col ventre scoperto, che vi siano varii assistenti, ecc. Tutto ciò è cagione di allarme nella partoriente, di imbarazzo, di agitazione in tutti, che si verrebbero a risparmiare operando colle semplici manualità esterne. — Ma, valga il vero, è poi così imponente l'apparato necessario per una versione, che dia aspetto di un' operazione *violenta*? La levatrice è sempre presente, una o due persone di confidenza lo sono pure, anche nei casi di parti naturali: questi divengono gli assistenti delle operazioni nei casi ordinarii. Mettere la donna alla sponda del letto, denudarsi le braccia l'operatore, accingersi ad operare, sono circostanze alle quali la partoriente neppure abbada, quando sia stata debitamente prevenuta della necessità di un qualche soccorso. L' allarme della partoriente in simili casi è poi quale ci vorrebbe far credere l'Autore? Io ho sempre osservato che qualche parola persuasiva, qualche confidenza a lei inspirata sull'esito dell'operazione, fu sempre sufficiente perchè si sottoponesse senza provar spavento all'operazione. Non è la donna così priva di energia, così pusillanime, che non s'abbia nulla a confidare nel suo coraggio, e nel parto ordinariamente si fa maggiore di sè stessa. Tal che nelle operazioni ho veduto più spesso smarrirsi e trepidare l' operatore, di quello che venir meno la rassegnazione della partoriente. E se le cose si passano di questa maniera, dove è la *violenza*, dov'è l'*im-*

barazzo di questa operazionc? Io non vedrei in loro vece che un procedere energico, maschio, col quale si vuol giungere prontamente e sicuramente allo scopo di vedere il parto compito, la donna tolta ai pericoli, il feto condotto alla luce del giorno della quale abbisogna per continuare a vivere.

Nel metodo all'opposto delle manualità esterne, tutto è lentezza, incertezza, prove e riprove, cambiamenti di posizione, pressioni di qua, pressioni di là, instancabile pazienza della donna e dell'ostetrico, e alla fine un parto che potrà abbisognare molte ore di maneggi interni per favorire la uscita del feto, perchè o l' utero si sarà stancato nelle sue contrazioni, o vi sarà una posizione della testa non favorevole, o sarà necessario di accelerare l'uscita del feto stesso se si avanzerà coll'estremità pelvica.

Però tutte queste riflessioni io le desidero subordinate all' utilità dell' uno o dell' altro metodo, e ciò potrà risultare dagli altri punti di confronto.

2.° L'Autore troverebbe che il parto pei piedi è più pericoloso pel feto di quello per le natiche, e che colla versione interna si ha sempre il primo, coll'esterna si ha sempre il secondo. — Per dir il vero io non ho mai neppure pensato che il parto pei piedi potesse essere più pericoloso di quello per le natiche, nè al presente l' asserzione dell'Autore mi potrebbe indurre a crederlo. Se vi può essere differenza sta in ciò che, abbassati i piedi per primi, molte volte le levatrici si inducono a trazioni intempestive sui medesimi, che alterando l'attitudine ordinaria del feto nell'utero sono causa di cattive posizioni delle braccia o della testa; ma a tale inconveniente si rimedia facilmente col non essere corrivi alle trazioni suddette, e coll'aspettare le contrazioni dell' utero. Sotto questo riguardo pertanto non sussiste, a mio giudizio, alcun titolo di preferenza.

3.° I danni che possono venire al bambino dalla respirazione intra-uterina, cui darebbe qualche importanza l'Au-

tore, si appoggierebbero prima di tutto sopra un fatto assai raro, che perciò ne meriterebbe pochissima. Inoltre questa respirazione non avviene finchè la placenta rimane attaccata: staccata questa in totalità o in parte, il feto corre pericolo perchè, o non può incominciare la respirazione, o se avviene, come qualche rara volta, l'intra-uterina, questa è assai imperfetta e non può essere d'ordinario continuata sino alla totale uscita del feto stesso. L'ingresso dell'aria nell'utero per sè è indifferente, e il distacco della placenta non è a temersi dalle operazioni interne più che dalle esterne.

4.° Colle manualità esterne si può risparmiare la borsa delle acque che viene ad essere utilizzata per la dilatazione dell'orificio uterino, così l'Autore. Ed infatti è necessario convenirne per molti casi, ma quante volte non si deve rompere la borsa seguendo appunto i precetti dell'Autore per assicurare la presentazione? E questa rottura quante volte non si dovrà fare prima che la bocca dell'utero sia completamente dilatata, con danno del feto, prescindendo anche dalla mancanza del mezzo dilatatore? Volendo eseguire la versione interna non si rompe la borsa sinchè la bocca dell'utero è dilatata, ed evacuate le acque, si può sottrarre il feto al pericolo che lo minaccia con una più sollecita estrazione. Domando da qual lato sia il vantaggio. Per me lo credo nella versione eseguita internamente.

5.° Infine trova l'Autore qualche vantaggio nel potere, operata la versione, abbandonare il parto alla levatrice per certi riguardi, che, a dir vero, non mi sembra dignitoso il mettere in campo, perchè la nostra questione non è questione sicuramente nè d'interesse, nè di competenze, nè tampoco di maggiore o minor tempo da impiegarsi.

Risulterebbe dalle cose dette che non vi sono in realtà titoli di preferenza per il metodo dell'Autore, o per meglio dire, che il confronto da lui fatto non regge ad una sana critica, e perciò una sostituzione utile di un metodo al-

l'altro, come sarebbe nella mente dell'Autore, non può essere fatta. Non nego che la particolare abilità del *Wigand* gli abbia concesso di trovare buoni effetti dalle sue manovre e con molta frequenza, ma desso sarebbe forse riuscito più felicemente col metodo ordinario che io ritengo più facile, più sicuro, più generalizzabile. Si ponno infatti stabilire precetti generali per eseguire la versione colla mano internamente, si ponno precisare per questa gli atti operativi, ponno questi essere eseguiti da qualunque ostetricante, si può infine essere sicuri e rispondere dell'esito. Ma chi potrà dare le norme sicure, stabili per operare esternamente? Il diagnostico della posizione non può essere sempre sicuro, la forza con cui agisce l'utero non può essere con precisione calcolata, le irregolarità delle contrazioni del detto viscere molte volte si opporranno alle viste dell'operatore, l'utero non sarà poi sempre tollerante di ripetute e continuate pressioni, la donna stessa dovrà stancarsi di posizioni incomode e di ripetuti maneggi. Quante incertezze adunque in siffatta pratica al confronto della sicurezza di una manualità eseguita internamente, quando la posizione del feto è conosciuta con precisione, quando le parti del feto si staccano e si smuovono a nudo, quando le forze dell'utero sono quasi elise dall'azione della mano, quando si può impiegare impunemente una forza molto maggiore che non si possa esternamente! Non lo dimostra la pratica giornaliera anche per parte di chi non è espertissimo nell'arte ostetrica? Si crederebbe forse che da tutti si potesse venir a capo ugualmente di eseguire la versione, operando esternamente? Per me crederei che se avesse ad essere consigliata la pratica del *Wigand*, si verrebbe ben presto al modo di operare cieco e casuale che si legge appunto nel libro della *Comare*, di *Scipione Mercurio.*

Con ciò non intendo di dire che si abbia a trascurare affatto il frutto delle osservazioni del *Wigand.* Se male non mi appongo, il metodo di questo Autore deve trovare un

posto fra i sussidii dell' arte come *ausiliario* e come *profilattico* alle operazioni attualmente in pratica, invertendo precisamente l' opinione dell' Autore, che vorrebbe reso generale e di norma il suo metodo, *coadjuvato* soltanto dalle manualità interne quando si vedono necessarie. Come mezzo da aggiungersi agli altri già conosciuti, le manualità esterne possono offrire un soccorso non spregevole, anzi molte volte utilissimo, ed in tal senso il *Wigand* avrebbe fatto opera non inutile togliendo dall'obblìo un'antica pratica, rimettendo in qualche onore un vecchio, tarlato e polveroso monumento.

Viene in appresso l'Autore a suggerire i mezzi coi quali prevenire una presentazione sfavorevole nel corso della gravidanza, i quali in breve si riducono ai seguenti: 1.° che la donna non si corichi sempre sullo stesso lato; 2.° che tenga piuttosto riscaldato il ventre e le mammelle: il freddo repentino a queste parti cagiona movimenti violenti del feto; 3.° che si faccia uso di una fasciatura nelle obliquità anteriori dell'utero; 4.° che non siano trattenute per molto tempo le orine e le feci; 5.° che l' incinta non faccia movimenti violenti; 6.° che siano debitamente curati tutti gli stati morbosi del viscere gestante; sul quale proposito fa osservare che se alcune sensazioni moleste dell'utero negli ultimi tempi della gravidanza sono l'*effetto* talvolta di cattive posizioni del feto, tal' altra sono sintomi di una condizione patologica che può divenire *causa* delle dette sfavorevoli presentazioni. Tale può divenire specialmente la *mancanza di dilatabilità* nel segmento inferiore, che consiglia di curare con bagni, salassi, sanguisughe ed oppio; non che il *reumatismo* dell'utero, cagione di contrazioni insensibili, irregolari, che può essere curato presso a poco cogli stessi mezzi dell'altro stato patologico; 7.° infine trova conveniente di modificare innanzi al parto le cattive posizioni del feto riconosciute negli ultimi mesi della gravidanza, col mezzo, unico in tal caso, di qualche manualità esterna, e di un'apposita fasciatura permanente.

Persuaso che ognuno saprà apprezzare debitamente la maggior parte di tali suggerimenti, d'altronde in parte già conosciuti, non posso ugualmente dispensarmi da un maggiore dettaglio sull' ultimo mezzo proposto dal *Wigand.* Ci fa esso conoscere che fu il professore *Froriep*, il quale pel primo in un suo *Manuale dei parti* ha dato il consiglio di modificare le cattive posizioni del feto fino dagli ultimi tempi della gestazione; che esso medesimo lo ha ben presto seguito ed ebbe a lodarsene in diversi casi. Riconosciuta innanzi il parto una posizione abnorme del feto, consiglia di portare una larga cintura al ventre con larghe compresse sottoposte corrispondenti alla parte inferiore su quel lato nel quale la parte del feto fa maggiore sporgenza, e prescrive il decubito laterale sul lato opposto a quello nel quale trovasi la matrice più sviluppata, in modo che la fasciatura e la posizione abbiano ad agire in senso opposto, una sulla parte inferiore, l'altra sulla superiore. — Questa pratica mi sembra dover riuscire di un valore reale in tutti i casi di posizione obliqua del feto nell'utero e perciò da non doversi trascurare.

E qui, suggerendolo l'argomento, mi sia lecito di esporre che non potrei invece assolutamente convenire coll'opinione del *Mattei*, il quale prescriverebbe di cambiare la presentazione delle natiche in quella della testa negli ultimi tempi della gestazione. Io dubito fortemente che il *Mattei* abbia fatti plausibili in prova del suo operato, ma se anche vi fosse qualche volta riuscito, sarebbe pratica da seguirsi? La presentazione delle natiche non impedisce il parto, nè toglie la vita al feto; al contrario le manualità per ottenere la versione spesso non riusciranno allo scopo, potranno determinare un parto anticipato, potranno esser causa di distacco della placenta, di stiramento e compressione del cordone ombelicale, di rottura delle membrane, e la nuova presentazione ottenuta, come che frutto di una forza esterna, potrà spesse fiate riuscire non regolare, non franca, ed ab-

bisognare di altri soccorsi nel parto. In una parola questa idea è, per mio avviso, un frutto dell'immaginazione di un ostetrico, non già un' induzione retta di quanto la scienza e la pratica dell' arte ostetrica avrebbero sinora sancito. Nel quale avviso mi trovo perfettamente d' accordo con un distinto allievo della scuola ostetrica di Pavia (« Ann. Univ. di Med. », Vol. CLIX).

Mi rimane di indicare quali applicazioni pratiche troverei convenienti pel metodo del *Wigand* nel travaglio del parto.

Dato che l'ostetrico sia chiamato sul primo incominciare del medesimo e che riconosca dietro un diligente esame una posizione un pò deviata della testa del feto, anzichè rimanere spettatore semplice sino alla dilatazione dell'orificio dell'utero, gli converrà sicuramente tentare con maneggi ben diretti, e colla posizione della donna, di richiamare il feto ad una posizione più conveniente. Nei primordii del parto è assolutamente impossibile l'operare internamente, di più non vi ha la certezza che abbia a rendersi necessario, giacchè molte volte le sole contrazioni dell'utero modificano la posizione del feto e centrificano la presentazione. Ora, questa centrificazione potrà meglio avvenire quando la si coadjuvi coi mezzi che l' arte può suggerire. Si sa che la presentazione della faccia non si effettua che nel parto e che questa è appunto l' opera della cattiva direzione delle contrazioni uterine. Riducendo l' utero nella sua giusta posizione, premendo la testa del feto dal lato sul quale fa sporgenza, sono d'avviso che il più delle volte non potrà avvenire il totale rovesciamento della testa e si eviterà quindi la suddetta presentazione sfavorevole. Anche la presentazione della spalla rare volte è franca prima del parto, e sicuramente la testa deviata potrà ancora in qualche caso essere richiamata, anzichè deviare maggiormente, come avviene abbandonando le cose ai processi di natura. Dato che l' esplorazione faccia sentire attraverso alle

membrane la punta della spalla o il dorso, nel qual caso non è più possibile richiamare la testa, è necessario procedere alla versione pelvica, ma per eseguirla internamente è d' uopo aspettare una sufficiente dilatazione dell' orificio dell' utero. In tale aspettativa riuscirà forse non inutile il dare alla partoriente quella posizione che meglio conviene onde permettere il maggior abbassamento possibile dell' estremità pelvica: non avviene qualche volta la versione spontanea? Si potrebbe forse agevolare, così facendo, questo provvedimento raro di natura, si potrebbe far abbassare di più le natiche, rendere più facile l'operazione. Le inclinazioni che si possono trovare nella presentazione delle natiche al principio del travaglio, certamente verranno tolte con facilità mediante congrue pressioni e conveniente posizione dell' utero. Nell'eseguire la versione pelvica, la pressione esterna sul fondo dell' utero può agevolare l' innalzamento della mano internamente, può avvicinare le natiche e i piedi alla mano operatrice, agevolarne la presa, ed abbassato il piede, le manualità esterne possono ajutare l'innalzamento della testa. Finalmente nei casi di ristrettezza pelvica, che nullameno permetta il passaggio del feto vivo attraverso le vie naturali, dovrebbe essere espresso obbligo dell' ostetrico di ben esaminare la posizione del feto sul principio del travaglio, e riscontrando qualche deviazione della testa (non difficile per la circostanza appunto della ristrettezza pelvica), o qualche semplice deviazione dell' utero che potrebbe favorire quella della testa, dovrebbe fare di tutto per ottenere la centrificazione della testa stessa colla quale solo è possibile la conservazione del feto.

Non si può negare che alcune di queste pratiche non siano già osservate da altri raccoglitori; ma in generale vi si attaccherebbe ben poca importanza e da molti sarebbero affatto trascurate. Le osservazioni del *Wigand* dimostrano che possono essere di vera e reale utilità, e come tali meritano che si dia loro un vero e reale valore e che pren-

dano il loro conveniente posto fra le operazioni ostetriche.

A completare il trattato delle operazioni manuali il *Wigand* si occupa in una seconda parte dell' *estrazione* del feto, nella quale il modo di operare viene espresso dall'argomento messo in fronte al capitolo: *Regole da osservarsi e maneggi da eseguirsi per far abbassare il feto lentamente e senza violenze attraverso le vie genitali mediante i soli sforzi della matrice.* È specialmente in questa parte delle operazioni che le più comuni scuole di Francia e di Germania, al dir dell'Autore, si distinguono per una specie di violenza, di speditezza, che sarebbe in opposizione ai voti della natura nella grande funzione del parto e che l'esperienza gli ha dimostrato di dover modificare. Infatti:

1.° I parti *naturali* pei piedi (continua l'opinione dell'Autore) sono meno dannosi al feto degli *artificiali*, quantunque questi siano più spediti.

2.° L'operazione del rivolgimento eseguita col metodo antico ha un esito quasi sempre uguale, sia operata da abili ostetrici, sia da mammane ignoranti; include adunque in sè un pericolo inerente alle manualità.

3.° Nei precetti dati dagli autori vi sono troppe contraddizioni per poter credere alla loro sicurezza e verità. L'opera di *Stein*, che al dir dell'Autore trasportò sul suolo alemanno la pianta esotica della dottrina essenzialmente meccanica dei parti, offre molti esempj di queste contraddizioni, cioè di una confidenza per una parte nell' opera della natura, di un obbligo per l'altra all'operatore di agire in contrario alla natura stessa. Ed in appoggio dell' asserzione sono citati diversi passi dello *Stein*, dai quali concluderebbe il *Wigand*, come in generale egli non si attendesse che poco o nulla dalla cooperazione della natura, mentre per molti casi confessa che le forze efficienti del parto lo trassero d'imbarazzo, affrettarono il parto, fecero insomma la parte principale dell' operazione che aveva intrapre-

sa. Vede in ciò il *Wigand* che il meccanico era in opposizione col fisiologo, ma che le dottrine ricevute impedivano allo *Stein* di mettersi sulla giusta via. Concede l'onore allo *Stein* di avere osservato i provvedimenti di natura, ma gli rimprovera di non averne fatto il debito calcolo, anzi d'aver voluto talvolta operare in opposizione a questi provvedimenti stessi, sui quali avrebbe dovuto fare maggiore assegnamento che non sui mezzi dell'arte.

« La versione coll'antico metodo (sono parole dell'Autore) presentava il quadro di una lotta imprudente dell'arte contro l'azione della natura che si credeva cieca ed inutile. Il *nuovo* metodo si distingue, al contrario, per una cooperazione prudente, attenta, dolce dell'arte agli sforzi spontanei della natura, sufficientemente eccitati e prudentemente aspettati. *Stein* e i suoi discepoli si impadronivano del feto, noi ci accontentiamo di riceverlo. *Stein* correva innanzi alla natura più rapidamente che poteva, noi la seguiamo lentamente; osservando il suo sistema *Stein* aveva l'abitudine di dire: *io ho terminato* il parto in tanto tempo; noi siamo obbligati di dire: *la natura* lo ha terminato. Nel metodo di *Stein esso* era l'operatore, nel nostro lo è la *natura* ».

Da queste parole è spiegata bastantemente e chiaramente l'opinione del *Wigand:* solo al nome di *Stein* noi uniremo quello di molti altri raccoglitori.

Nel dimostrare i vantaggi del nuovo metodo, fa osservare che questo riesce *meno doloroso* e che rende più facile la conservazione del feto; infatti ci fa sapere che di 30 feti nati pei piedi sotto la sua direzione un solo è nato morto; che *Stein* invece ebbe due feti morti sopra tre parti pei piedi. E ciò doveva nascere in conseguenza della precipitazione nell'estrazione del feto, dell'usurpazione sui diritti di natura, delle trazioni violente sul feto stesso. Nè poco gli basta per descrivere gli sforzi dell'ostetrico nel penetrare nell'utero, le trazioni e compressioni violenti del

feto, il sudore e la stanchezza dell' operatore, i mali trattamenti che soffre il feto, inconvenienti tutti che avrebbersi potuto risparmiare avendo minor fretta, confidando ed ajutandosi delle forze naturali del parto, proponendosi insomma l' ostetrico di soccorrere soltanto l' opera di natura, senza voler cambiare una funzione naturale in una vera operazione meccanica.

Cagione delle difficoltà incontrate nelle operazioni dallo *Stein* sembra al *Wigand* essere stato prima di tutto l' accingersi ad operare innanzi che l'orificio uterino fosse sufficientemente dilatato, e il non aver fatto nessun calcolo dell'uso di medicamenti, del riposo, di una situazione più favorevole, degli alimenti e bevande stimolanti per ingagliardire o risvegliare le contrazioni della matrice, solo preoccupato dall'idea di terminare sollecitamente quel parto che *ritardava* a compiersi o che *presentava* alcune difficoltà al suo compimento. L'opera dello *Stein*, secondo l'Autore, era in continuo antagonismo colla natura. « Ove la natura avrebbe » aspettato ancora qualche tempo, *Stein* operava all'istante, » ove la natura domandava qualche riposo (come avvviene » nell'ardore naturale essendo le contrazioni intermittenti) » *Stein* non cessava d'agire e tirava senza interruzione sul » feto. La natura disponevasi ad espellere il feto in una » od altra posizione (e la sua scelta non è dubbia come » quella dell' operatore), *Stein* trovava bene di forzarlo a » prendere un'altra posizione (che esso credeva migliore). » In una parola la natura non poteva compiere l'opera sua » che operando in opposizione all'ostetrico, e da questa man- » canza d'economia, da questo antagonismo continuo, non » potevano risultare che delle disgrazie o la morte ». E da ciò ne doveva conseguitare che là dove l'opera dello *Stein* era meno attiva, era tanto più favorevole il parto, come il *Wigand* desumerebbe da alcune osservazioni dello stesso Autore.

Appoggiato il *Wigand* all'andamento naturale del parto,

consiglia di operare con lentezza, perchè lentamente avviene anche la dilatazione delle parti molli attraverso alle quali deve passare il feto, e di operare sempre in accordo alle contrazioni dell' utero. Sotto il quale riguardo distingue tre stati diversi della matrice: dei dolori *veri* del parto, della *calma* che lo divide, dei dolori *spasmodici* od *irregolari.* Nel primo stato il feto si avanza regolarmente ed è in esso che l'arte deve ajutare la natura quando ve ne sia la necessità; nel secondo l'utero riposa, l'arte non vi si deve opporre e la mano dell' ostetrico ha poco o nulla a fare; nel terzo vi sono bensì contrazioni d'utero, il feto è bensì spinto ad uscire, ma non contraendosi l'utero colla dovuta regolarità, mentre con una sua porzione spinge il feto, coll'altra, e questa è ordinariamente il segmento inferiore, lo trattiene e il parto è arrestato. Di queste contrazioni *spasmodiche* possono darsi molte cause fisiche e morali: tra le prime vi hanno appunto le manualità violenti, intempestive, atte per ciò ad impedire anzi che favorire il parto. Da qualsiasi causa eccitate, vogliono essere curate innanzi di procedere a qualunque operazione.

A questi precetti generali aggiunge l'Autore il modo speciale di operare nelle diverse presentazioni, nel quale raccomanda il maggiore ritardo possibile ad intraprendere operazioni nella presentazione della testa o delle natiche, la lentezza, la dolcezza, la parsimonia delle manualità quando debbasi assolutamente cooperare, le trazioni su un piede solo anzi che l' abbassamento di entrambi per diversi motivi plausibili, la sospensione dei maneggi quando si sospendono le contrazioni dell' utero fosse anche per un tempo di qualche durata, con piena confidenza nel ritorno delle medesime, salva sempre la debita considerazione delle cause di questo ritardo o sospensione del travaglio, dalle quali potrebbe scaturire la necessità di pronti e convenienti soccorsi.

Fa osservare che anche nell'estrazione le manualità

esterne possono essere di qualche utilità nell' intento di mantenere l'asse del feto in relazione all'asse dell'utero; di respingere un arto del feto che facesse appoggio sulle ossa del pube; di far innalzare l'occipite onde favorire la flessione della testa sul torace.

Se il parto non si compie prontamente dopo l'uscita delle natiche, rimanendo ancora trattenuta la testa, quali indicazioni si potranno presentare riguardo al cordone ombelicale? Qui l'Autore troverebbe non priva di fondamento l'opinione di alcuni che attribuiscono la morte del feto in questi casi, non all'asfissia, ma al dissanguamento. La vena ombelicale, dicono essi, è più superficiale nel cordone ed a pareti più molli, quindi più facilmente compressibile, più facilmente in essa può arrestarsi la circolazione, e il feto non ricevere più sangue dalla placenta: le arterie invece più profonde, a pareti più grosse, meno facilmente compressibili, possono ancora permettere il corso del sangue quando più non lo fosse per la vena, e pel loro mezzo il feto morire quasi dissanguato. In conseguenza di questa supposizione sarebbe stata proposta la legatura *prematura* del cordone. L' Autore l' avrebbe praticata in tre casi: in due il parto fu così sollecito da non poter trarne conseguenze sulla validità del mezzo, nel terzo il feto venne alla luce sano dopo 12 o 13 minuti; ma un caso isolato non fa regola. Nullameno il *Wigand*, che fa bel viso a questa opinione, chiederebbe come si può spiegare che in alcuni casi il feto estratto in istato di morte apparente viene coi mezzi opportuni riavuto in modo che incominci qualche respirazione e movimento, ma non possa continuare a vivere? Evidentemente, esso soggiunge, perchè aveva perduto troppa quantità di sangue.

Termina l'Autore il suo lavoro con alcune osservazioni generali che servono di complemento alla difesa della sua tesi e che perciò non possono essere trasandate.

Dopo aver indicato che la procidenza del braccio non

è di ostacolo ma bensì di vantaggio ad eseguire la versione colle manualità interne, dato che il suo metodo non abbia trovato applicazione o non sia riuscito, fa osservare che nelle posizioni abnormi del feto ordinariamente il canale molle che deve attraversare il feto è più cedevole, più ampio, più dilatabile che non sia negli altri casi, ciò che faciliterebbe l'uscita del feto senza necessità di forti trazioni; del quale asserto, a dir vero, io non posso che lasciare la responsabilità all'Autore. Questi inoltre non intende di escludere il metodo antico, ma solo di dare la preferenza al nuovo e di consigliare per molti casi un metodo misto. Nell'antico si è la vita del feto specialmente che è posta a pericolo per l' impressione morale che riceve la partoriente dall' operazione, la quale deve avere influenza anche sul feto; per le pressioni sul di lui corpo che devono esser causa di disturbi più o meno gravi nelle funzioni dei suoi visceri; per l' estensione forzata della colonna vertebrale; per il rovesciamento della testa all'indietro e la distensione del collo che qualche volta non si possono evitare; per l'innalzamento delle braccia e loro estensione ai lati della testa; infine per il troppo rapido distacco del feto dalla madre innanzi che vi sia stato predisposto dal distacco lento e graduato della placenta.

Questi consigli dati dal *Wigand* sul modo di eseguire l'estrazione del feto sono così consoni alle leggi che regolano la funzione del parto, così evidenti nella loro utilità, che nessuno sarà per disprezzarli, nessuno vorrà metterne in dubbio l'importanza e la convenienza. Non si può negare esservi qualche esagerazione nella violenza e precipitazione da lui attribuita agli altri ostetrici, ma può essere condonata alla necessità di far risaltare l'utilità della sua pratica. L' operare di consenso colle contrazioni dell' utero, l' assecondare più che è possibile i voti di natura, permettere all'utero di agire da sè fin dove lo si possa fare senza pericoli, deve essere sicuramente la vista principale dell'oste-

trico. Il precipitare le operazioni, l'ostinarsi a date manualità che riescono difficili e stentate, il fare assoluta astrazione dalle contrazioni uterine nell'atto che si intraprende la liberazione della partoriente, molte volte potranno rendere difficile, stentata l'operazione intrapresa. Epperò io non posso che far plauso all'opinione dell'Autore, che con tanto calore ha voluto mettere in evidenza questo punto di pratica ostetrica.

Ma per amore di verità io non posso nello stesso tempo ommettere di osservare che non tutti gli ostetrici procedono nelle operazioni colla precipitazione ed ostinazione indicata dall'Autore. Sia frutto dei suoi consigli penetrati in altri, sia, come ritengo più probabile, che lo dettasse agli altri ostetrici lo studio e l'osservazione, la maggior parte fra i moderni raccomandano appunto di operare di consenso colla matrice e di far calcolo sulle forze efficienti del parto, ancorchè la mano e la forza dell'operatore abbiano il principale incarico nel condurre a termine i parti artificiali. Io stesso nella mia pratica mi sono sempre guardato dal precipitare un'operazione, non l'ho mai eseguita se l'orificio uterino non era ben dilatato o dilatabile, mi sono limitato il più delle volte ad abbassare un piede solo nel rivolgimento, ho procurato di stirare con moderazione, ho sempre aspettato o almeno favorito le contrazioni dell'utero prima di estrarne in totalità il feto, ho sempre permesso al tronco tutti i movimenti rotatorj che vedeva nascere spontaneamente, e simili cose tanto raccomandate dall'Autore. Nè questo mio contegno era frutto sicuramente di mia particolare opinione, ma solo l'applicazione, l'attuazione delle regole che aveva apprese alla scuola cui era stato istruito, dalla quale sola io debbo ripetere le norme del mio qualsiasi pratico esercizio. Ma vi è una circostanza che merita attenzione, ed è, che da pochi si fa il debito calcolo di questi precetti, e perciò da molti si cade nel difetto rimproverato dall'Autore. Sotto il quale riguardo mi trovo

contento di mettere in maggiore rilievo questo argomento, e ciò appunto facendo conoscere i dettami del *Wigand*, persuaso d'altronde che nessun ostetrico, per quanto valuti questi dettami, vorrà rendersi semplice spettatore di ogni parto, ancorchè molto ritardato.

Nell'analizzare l'argomento sul quale versa il libro che mi sono proposto di far conoscere, ebbi di mira nello stesso tempo di giovare all'esercizio pratico, per quanto è permesso dal mio limitato sapere, e perciò non ho potuto evitare una certa prolissità.

Archiv für ophthalmologie, *etc.* — **Archivio di ottalmologia**; *pubblicato in Berlino dai signori professori* **ARLT**, **DONDERS** *e* **GRAEFE**. *Vol. III. Parte II, di pag.* 560, *con tre tavole.* — *Estratto del dott.* ***R. Gritti.***

I. *Ricerche sul* senso della estensione *nella retina; dei dott.* Aubert *e* Förster *di Breslavia.*

Da molti è stata rimarcata l'analogia che esiste fra la capacità sensitiva della cute e quella della retina. *Weber* principalmente ha indicata la corrispondenza di ambedue questi organi in rapporto al senso della estensione. Egli ha trovato che le varie impressioni fatte sulla cute, quando siano ad una qualche distanza fra loro, si trasmettono isolatamente al cervello ove risvegliasi la sensazione di ciascuna di esse, e che se le stesse vengono fatte sopra punti fra loro vicinissimi, allora il cervello ne percepisce una sola. Siccome la distanza che devono avere questi punti per risvegliare la sensazione isolata varia a seconda delle differenti regioni del corpo, così gli Autori poggiati a questa legge del tatto si diedero a studiare come si comportino le varie regioni della retina in riguardo alla sensazione dello spazio. Riescirebbe troppo lungo e stucchevole l'indicare i molteplici esperimenti istituiti dagli autori onde sciogliere i quesiti che si erano imposti. Ci limiteremo a ri-

ferire la soluzione di alcuno dei principali rinviando all'originale chi bramasse maggiori particolari.

» Per primo si stabilì — che quanto più un oggetto è lontano dall'asse visivo, tanto più grosso egli deve essere, onde possa venir chiaramente distinto.

» Che la capacità di percepire la forma degli oggetti non decresce a circoli concentrici all'asse visuale, ma più rapidamente in basso ed in alto, più lentamente verso l'interno e l'esterno.

» Che due punti neri fra loro vicini vengono distinti colla vista indiretta a tanto maggiore distanza quanto più sono fra loro lontani.

» Che questa capacità di percepire i due punti distinti varia assai nei differenti meridiani, e che al di là di quel limite non se ne distingue che un solo ed anch'esso a contorni non bene determinati.

» Che il *foro cieco* esercita un'influenza particolare disturbante, e che deve essere considerata come un vero difetto, giacchè in essa non vi ha percezione alcuna.

» Che vi sono nella retina parecchi altri punti che temporariamente non sentono l'impressione della luce, ma essi scompajono ed hanno una sede indeterminata.

» Che il senso della estensione della retina si comporta analogamente a quello della cute.

In riguardo alle cause che limitano la funzione della retina verso la periferia, gli Autori vengono a dimostrare con esperimenti che ciò non dipende da causa fisica come pretende qualcuno, ma bensì dalla disposizione degli elementi anatomici della retina. Secondo essi l'organo del senso della estensione sarebbe lo strato dei coni, mentre lo strato dei bastoncini, come hanno indicato *Müller* e *Kölliker*, sarebbe l'organo percettore della luce.

II. *Sui limiti della percezione dei colori sulle parti laterali della retina; del dott.* Aubert.

Se noi facciamo scorrere avanti d'un occhio dall'interno verso l'esterno una carta su cui sia tracciato un piccolo disco rosso, avviene che ad una certa distanza esso appare nero. *Purchinye* ed *Hueck* verificarono questa osservazione anche in riguardo di altri colori; dal che ne risultò: 1.° che la capacità della retina di per-

cepire i colori varia a seconda dei meridiani ed è maggiore all'interno e decresce più rapidamente in alto od in basso; 2.° che la grandezza della superficie colorita ha influenza sulla percezione della natura del colore, cioè che quanto più è grande la superficie colorita, la retina ne distingue il colore a tanto maggiore lontananza dall'asse visivo.

Resta ora a determinarsi qual'è la causa per la quale la parte periferica della retina non può percepire i colori. Due sono le possibili: od una assoluta incapacità nella detta porzione a ricevere impressioni colorite, ovvero perchè questa parte si stanca assai facilmente e diventa perciò insensibile ai colori. Alcuni esperimenti indussero l'Autore a credere che ambedue le sopraddette cause vi abbiano influenza e che la capacità della retina di percepire i colori vadi decrescendo gradatamente. A prova di ciò valga l'esperimento di *Donders*, mercè il quale fissando un lungo filo rosso posto in direzione verticale, ci accorgiamo dopo parecchi secondi che le sue estremità si fanno nere, e se si continua a fissare il centro, si vede il nero sempre più avvicinarsi, di modo che se il filo è ad 8 pollici di distanza, dopo mezzo minuto di osservazione non si distinguono che i due pollici centrali del filo col proprio color rosso, il restante è nero.

III. *Osservazione sugli infossamenti della papilla ottica*; *del dott.* Förster.

Volendosi formare un concetto chiaro della forma concava della *papilla ottica*, quale suole riscontrarsi nel glaucoma, conviene fare l'esame ottalmoscopico ad immagine diritta ed a pupilla midriatica.

I vasi che passano sulla *papilla ottica*, particolarmente quelli che vengono dall'esterno, dall'alto e dal basso, servono ad indicare la forma della sua superficie. Quasi sempre essi fanno una curvatura a gomito nel punto che passano sull'orlo della papilla, ovvero essi appajono ivi come interrotti con spostamento laterale dei suoi tronchi. Esaminandoli dal lato opposto a quello di loro emergenza, per es. dall'alto se vengono dal basso della papilla, si può distinguere la connessione del vaso che appare troncato, il che non potrebbe accadere se i vasi ascendessero sopra una *papilla* rilevata.

Tutti quei vasi che dalla periferia arrivano sul margine della papilla ed ivi s'interrompono, presentansi convessi, terminanti a becco e di colore nerastro, perchè si piegano fortemente in addietro onde portarsi sulla parte infossata dalla papilla ottica. Questo infossamento che ha margini a picco dipende, secondo l'Autore, da un'ectasia o spostamento della lamina cribrosa in seguito all'aumentata pressione intraoculare. L'interruzione o la scomparsa dei vasi in caso di glaucoma non è però costante e ciò dipende, secondo l'Autore, dalla disposizione anatomica dei vasi arteriosi e venosi della retina. L'arteria centrale si divide quando è arrivata sulla superficie della retina, le vene invece vanno a riunirsi assai all'indietro lungo il decorso del nervo ottico. Nel primo caso le arterie restano visibili, il che succede più di frequente; nell'altro probabilmente in seguito ad uno stiramento esercitato dalla lamina cribrosa della sclerotica sui tronchi venosi scompajono dalla papilla totalmente, ovvero in parte, mostrandosi coperti da una sostanza trasparente. Se la suddivisione dell'arteria centrale ha luogo come nella vena lungo il nervo ottico, possono in caso di glaucoma scomparire dalla papilla anche le ramificazioni dell'arteria.

IV. *Dell'anatomia dell'occhio; del prof.* Arlt.

L'Autore si è prefisso in questo lavoro di dare qualche schiarimento sulle forme e sui rapporti di località di parecchi tessuti dell'occhio, che in questi ultimi tempi acquistarono importanza negli studii sull'addattamento dell'occhio, e che tuttavia sono stati disegnati ed interpretati con tanta diversità. La causa di tale discrepanza dipende dal metodo di esaminare, e forse dalle idee preconcette. Tutte le immagini tolte dai preparati microscopici a secco sono imperfette e danno idee erronee in rignardo al rapporto delle singole parti.

Il metodo usato dall'Autore per avere buoni preparati microscopici, è di indurire il bulbo per due giorni in una soluzione diluita di acido cromico, e poscia per altri quattro in una più concentrata. Quando però si voglia studiare la retina a massimo ingrandimento, occorre che il bulbo resti per qualche settimana nella soluzione suddetta.

Noi ci limiteremo ad indicare sommariamente i principali risultati di questi studii, i quali sono i seguenti:

1.° Vi esiste una camera posteriore sebbene sia siata negata in questi ultimi tempi.

2.° I processi ciliari non toccano il margine della lente, ma vi stanno alquanto lontani. Di ciò si hanno prove anche sul vivo, poichè talvolta in seguito di una iridectomia estesa fino ai processi ciliari si può vedere lo spazio che esiste fra questi e la lente.

3.° Il muscolo ciliare risulta non solo da fibre radiate ma da circolari.

4.° Non esiste un diretto rapporto fra le fibre muscolari dell'iride e quelle del muscolo ciliare. Le fibre radiate dell'iride arrivano fino al tessuto elastico che proviene dalla membrane del *Descemet*, e mercè le quali aderisce al tendine del muscolo ciliare; oltre questo limite non possono più essere seguite.

Dai rapporti or ora citati l'Autore dichiara che nè l'iride, nè i processi ciliari possono esercitare pressione alcuna sulla lente; che quindi l'iride non ha alcuna influenza sull'addattamento della vista, per quanto essa dipenda da una pressione sul margine della lente. L'Autore afferma che la capacità di addattamento non viene tolta quando si escide una gran parte dell'iride, ovvero quando essa sia adesa ad una cicatrice periferica della cornea.

V. *Esoftalmo con struma e cardiopatia*; *del dott.* F. PRAEL *di Braunschweig.*

La combinazione di esoftalmo, di struma e di affezione di cuore non è più cosa rara negli annali della scienza. L'Autore ci dà la storia di parecchi casi di questa natura, uno dei quali offre particolare interesse, attesa la rarità del suo decorso.

Un individuo linfatico fu preso a 20 anni da cardiopalmo, che continuò fino ai 50 senza arrecargli grave disturbo. A quest'epoca ammalò di febbre reumatico-catarrale che lo tenne a letto per otto settimane. Durante la convalescenza cominciò l'occhio destro a farsi sporgente, ad aumentarsi l'impulso cardiaco e ad ingrossarsi la ghiandola tiroidea. Crescendo l'esoftalmo, il bulbo si fece losco, e fu impedito nei suoi movimenti. Nel decorso dell'affezione il bulbo presentavasi ora più, ora meno sporgente, e l'aggravamento pareva sempre in rapporto colla condizione generale dell' organismo. Nel dicembre 1849 il paziente cominciò a deperire nella salute, soffrì dolori reumatici alle guancie ed agli occhi, catarro bron-

chiale, delirio placido. A quest' epoca si fece prominente anche l' occhio sinistro, al grado di non poter chiudere le palpebre.

Tre settimane prima della morte la cornea destra si fece bianca quasi minacciasse ammollimento, ma in sua vece s' indurì a guisa di sostanza cornea, e cadde poi a piccole croste nel corso di due settimane. Lo stesso fece anche l'altro occhio, onde il paziente pochi giorni prima della morte era divenuto totalmente cieco.

La necroscopia diede i seguenti risultati. — Ammollimento dei talami ottici, delle eminenze mammillari e del cervelletto. L' interno degli occhi non presentava alcuna alterazione; le pareti superiori e laterali dell' orbita erano alquanto dilatate; non si rinvenne ipertrofia nè del tessuto cellulare, nè del cuscinetto adiposo dell'orbita, nè delle ghiandole lagrimali. Il gozzo pesava una libbra, ed aveva un volume minore di quando il paziente viveva. Le cavità sinistre del cuore erano ipertrofiche e dilatate, l'ostio auricolo-ventricolare ristretto ed insufficiente per deposizione ateromatosa. Stenosi gravissima dell'aorta ascendente fino ad oltre l'arco.

Studiando il rapporto che esiste fra le lesioni anatomo-patologiche riscontrate sul cadavere ed i sintomi osservati sul vivo, l'Autore opina che l' impedito corso del sangue nell'aorta ristretta abbia indotto una corrente molto più forte nelle carotidi e quindi una congestione nella tiroidea e nel lasso tessuto cellulare dell'orbita, il che egli risguarda come causa dell'esoftalmo e della ipertrofia della tiroidea.

In un' appendice a questa Memoria l'Autore riferisce 9 altri casi. In 3 di questi si aveva la sporgenza del solo occhio destro; non si trovò mai la sporgenza del solo sinistro. In due casi non v' era complicazione nè di cardiopalmo, nè di struma. In quasi tutti riscontrò anemia o clorosi.

Egli è per questa condizione generale idroemica che l'Autore prescrisse e dice d' aver trovato utili i preparati ferruginosi.

VI. *Studii sull' anatomia patologica della cataratta; del dott.* Förster.

L' Autore sezionò settantadue occhi affetti da incipiente cataratta, tolti da individui morti ad età avanzata. Il risultato di questi studii si è che la così detta cataratta senile non ha quasi mai

principio nel nucleo o negli strati periferici, ma sempre in uno degli intermediarii. In un solo caso riscontrò l'intorbidamento del nucleo.

Il lavorio patologico che ha luogo nella formazione della cataratta senile procede nel modo seguente: dapprima si osserva una linea esile e netta al contorno del nucleo che lo differenzia dalla parte corticale della lente, quindi si palesano degli opacamenti nella sostanza della lente, i quali a guisa di uno straterello poggiano sulla superficie del nucleo. Tali intorbidamenti possono assumere quattro forme: 1.° Sono lineari e decorrono circolarmente attorno l'equatore della lente; 2.° Hanno forma di esili nuvolette bianche, costituite al microscopio da piccoli nucleoli o molecole; 3.° Hanno delle striscie bianche che decorrono lungo i meridiani del nucleo, cioè non radiate; 4.° Finalmente sono opacamenti nebuliformi senza distinzione di margini che si estendono a tutta la superficie del nucleo, e che al microscopio appajono costituiti da piccole bolle rotonde di adipe.

Tutte queste forme di opacamento col progredire dell'età si estendono, invadendo dapprima la sostanza corticale, poscia anche il nucleo dalla periferia verso il suo centro. L'intorbidamento di quest'ultimo è uniforme; quasi mai egli presenta degli opacamenti che abbiano una forma qualunque. (*Continua*).

Osservazioni sopra alcuni casi di anestesia oculare; *del dott.* **MAFFIORETTI CESARE.** (Giornale d'oftalmologia italiano, *fasc.* 9.° *e* 10.°, 1858).

Ascesso retro-auricolare per causa traumatica: uscita di un pezzo cariato di rocca petrosa: paralisi emifacciale: dermatosi dell' occhio corrispondente; *del dottor* **GIBERTO SCOTTI.** (Gazzetta Medica Italiana — Lombardia — *N.*° 35, 1858). — (*Estratto*).

L'anestesia oculare è quello stato dell'occhio in cui si riscontra talvolta quando trovasi insensibile ad ogni agente esterno, ed

indolente alle più gravi violenze. Questa malattia, che è assai rara nella pratica, al dire degli autori d'oculistica, non si trova mai isolata e circoscritta, ma sempre associata ad alterazioni nell'occhio istesso o nelle adjacenti parti.

L'anestesia oculare viene considerata come dipendenza di malattia del 5.° pajo dei nervi cerebrali.

Quando manca l'influenza vivificatrice del nervo trigemino alla superficie del globo oculare, cessano la insensibile traspirazione della congiuntiva e le altre secrezioni; si essica la mucosa e l'occhio acquista l'aspetto cadaverico, perdendo il suo splendore. In tali condizioni di cose i vasi della congiuntiva si distendono passivamente ed i corpuscoli dell'aria depositandosi su di essa, non vengono rimossi perchè non sentiti, e la cornea presto o tardi si esulcera. Limitata od estesa, l'anestesia oculare si annuncia generalmente con dolori vivi al bulbo, alla fronte od a tutto il lato della testa, e con senso di freddo subbiettivo od anche senza molestia alcuna per l'ammalato.

Le cause che possono produrre l'anestesia oculare sono le reumatiche, le ferite delle diramazioni del ramo oftalmico del trigemino, le profonde alterazioni della sostanza nervosa d'onde trae la sua origine questo nervo. Riscontrasi eziandio la paralisi del trigemino per la pressione esercitata da qualche tumore o rialzo osseo lungo il corso del 5.° pajo, od alla sua origine nel cervello istesso. La fisiologia sperimentale insegna come si possano artificialmente produrre alcune alterazioni nei tessuti sani dell' occhio, mediante le lesioni del sistema nervoso, che presiede alla sensibilità ed alla nutrizione di quest'organo importante della vista. *Magendie*, *Valentin*, *Bernard* appoggiati ai propri esperimenti dichiararono che il taglio del trigemino prima di arrivare al ganglio di *Gasser*, portava immediatamente l'anestesia in tutta la guancia, e si conservava l' integrità dei tessuti per molti giorni. Succedeva invece la disorganizzazione, se tagliavano il ganglio o lo stesso nervo al di là di esso. La isolata anestesia dell'occhio e suoi anessi, avveniva dal taglio del solo ramo oftalmico. *Bernard* recise il ganglio oftalmico e vide smarrirsi la sensibilità della cornea, sussistere quella della congiuntiva oculare. Il fatto incontrò esito inverso, sperimentando sul ramo nasale. Da questi risultati edotto il fisiologo, arguiva che nella innervazione dell'occhio vi sono due ordini

di filamenti nervosi dello stesso ramo principale, che mantengono la sensibilità alla cornea ed alla conginntiva. Chiamò egli nervi ciliari indiretti quelli che partono dal ganglio ottico per arrivare all'iride ed alla cornea: diretti gli altri, che dal ramo nasale vanno alla congiuntiva ed all'iride.

Alla abolita innervazione dei rami ciliari indiretti, per la forte pressione endoculare, è da ascriversi l'insensibilità della cornea nel glaucoma acuto.

Come anestesia oculare, quella prodotta dall'inspirazione dell'etere o del cloroformo, cessa per poco il paziente possa respirare liberamente. I fenomeni però che sneccedono durante questa anestesia nel sistema muscolare dell'occhio sono ben diversi, al dire di *Chassaignac*, da quelli che avvengono in tutti gli altri muscoli del corpo. Quelli dell'occhio infatti entrano simultaneamente in contrazione spastica e tendono a spingere fuora gli umori dal guscio, se mai una via si trova aperta per la cornea.

Quale storia di anestesia oculare non è a dimenticarsi l'osservazione fatta da *Bernard* in un caso d'avvelenamento di stricnina, nel quale la cornea sola era insensibile: quella d'insensibilità di tutto l'occhio, meno la cornea, in una donna presa da paralisi del quinto, senza alterazione di nutrizione: finalmente l'altra di essere la cornea l'ultima parte dell'occhio a perdere la sua sensibilità nella morte prodotta dalla sezione del bulbo rachidiano.

Ciò premesso, l'A. presenta cinque storie che furono raccolte al Dispensario ottalmico del sig. dott. *Quaglino* in Milano.

Soggetto della prima è un giovinetto di 13 anni, di costituzione debole e d'abito capitale. L'anestesia oculare trovasi a destra, senza quei mutamenti disorganici che si rinvengono nella vera paralisi del 5.° Era questa collegata alla paresi di tutte le diramazioni del 5.° pajo e d'alcuni altri nervi, tra i quali dell'ottico a sinistra con ambliopia. Nello stabilire la sede e la natura della causa che sosteneva quello stato morboso, guidato dai sintomi razionali e dall'esame ottalmoscopico, viene ammesso che qualche tumore di natura eterologa, tubercolare o fungosa, siasi sviluppato alla base del cranio, e ch'esso centralmente comprima il trigemino e gli altri nervi di cui si rilevano le lesioni funzionali.

Una donna nubile, isterica, facilmente reumatizzata, offre il secondo caso. In questa, dietro nevralgia sopraciliare susseguita da

eruzione cutanea perioftalmica, apparve la malattia oculare con ulcera della cornea e perdita della vista. L'anestesia con aridità del bulbo affetto non oltrepassava i limiti della congiuntiva sclerotidea. La lesione nervosa era periferica, cioè nelle diramazioni del ramo oftalmico. Coll' occlusione palpebrale s' impedì il progresso del male e si riparò l' ulcera.

Da causa traumatica era prodotta l'anestesia oculare del terzo caso. In questo la vista dell'occhio sinistro si era all'istante smarrita, ed in seguito alla reazione locale si ulcerava la cornea e diveniva insensibile il bulbo nella sua metà inferiore. Questa lesione di sensibilità, che era estesa dalla metà inferiore del lato sinistro del naso, alla regione mascellare superiore compresa la mucosa della bocca, non si risanò colla cura istituita. L'ulcera della cornea coll'occlusione palpebrale si cicatrizzò.

L'ottalmoscopo nel depurare il diagnostico valse a chiarire che l' ambliopia superstite era forse più probabilmente dovuta ad opacità mobili del vitreo.

Una contadina di 47 anni, abitualmente soggetta a cefalee ed a disturbi entero-epatici, si presentava nel 1856 coll' anestesia dell'occhio sinistro e delle parti innervate della branca oftalmica e mascellar superiore dello stesso lato. Da quattro mesi presa da offuscamento di vista in quest'occhio con senso di freddo e di dolore alla metà corrispondente della testa, la sensibilità declinava man mano si ripetevano i forti accessi. Curata previamente con metodo antiflogistico, guariva sotto l'uso della noce vomica e dell'arnica. In questa donna l' offuscamento di vista, oltre ad essere dipendente dallo stato polveroso della cornea, poteva anche essere conseguenza del disturbato adattamento dei mezzi che concorrono alla stessa funzione, per l'azione delle medesime cause reumatizzanti sui nervi vicini compresi.

La quinta storia si riferisce ad un uomo che fu affetto da oftalmia egiziaca. Questi, oltre all'anestesia oculo-palpebrale, avea cutizzata tutta la congiuntive che ricuopre la superficie del bulbo. L' aridità e la scabra cuticola che teneva luogo di congiuntiva, non ammettevano dubbio sulla origine della medesima. Avvenne infatti in seguito all'abuso del caustico, e la lesione nervosa era periferica del ramo oftalmico. A questa forma, che fu rimarcata assai frequente nei militari del Belgio, quando facevasi grande

abuso del nitrato d'argento nella cura delle granulazioni, vanno più facilmente soggetti quelli che sono di fibra sensibile. Non sempre però questo stato della congiuntiva si rinviene esteso a tutta la superficie oculo-palpebrale, potendo talora al pari dell'anestesia trovarsi limitata ad alcuni punti soltanto dell'occhio.

Primo a far rimarcare la xerosi siccome malattia dipendente da lesione d'innervazione del trigemino si fu il *Rognetta*. Questo autore venne guidato a riporre la causa occasionale in ciò, che sempre tale stato è preceduto da fenomeni nervosi. Favorevole a questa opinione è il fatto addotto da *Middlemore*, in cui eravi la xerosi e continuava la secrezione delle lagrime. Nè la sola sospensione di questa secrezione sarebbe stata sufficiente a produrla, come lo comprova il caso narrato da *Velpeau* d'una donna che avea cutizzata la congiuntiva oculo-palpebrale, sospesa la secrezione delle lacrime, eppure conservava trasparente la cornea, e discreta la vista da quell'occhio. Di più il non essere comparsa la xerosi in molti casi in cui venne estirpata la ghiandola lagrimale per degenerazione scirrosa, appoggiá il criterio emesso su questa malattia dal *Rognetta*.

Le confutazioni che a questo proposito si potrebbero fare, mal reggono coi fatti clinici. Se alle mucose prese da neurosi e susseguite da anestesia non si osserva sempre la cutizzazione, lo si deve al madore che conservano le vicine parti sane, come si vede nella lingua anestetica per metà.

È ben vero che la lunga esposizione al contatto dell'aria d'una mucosa ne promuove la cutizzazione, ma se tosto vien tolta questa causa, ritornano i caratteri naturali dell'umida superficie, e le sue funzioni. Nella vera xerottalmia infine i tessuti tendono all'atrofia e l'inspessimento dell'epitelio congiuntivale non è che una apparenza.

Nel numero 35 della « Gazzetta medica italiana — Lombardia — » 1858, il dott. *Giberto Scotti* narra un'interressante storia da lui raccotta in Alzate. Si riferisce questa a certa Francesca Brenna, contadina, di robusta tempra, che riportò una grave contusione al lato sinistro della testa. Due anni dopo l'accaduto cominciò ella a divenire sordastra dall'orecchio corrispondente, con senso di molesto ingombro nel meato uditivo, che la spingeva ad

introdurre uno spazz'orecchi per far sortire ora qualche goccia di sangue, ora di pus, od anche qualche scheggia ossea. Così andavano le cose per circa quattro anni ancora, sopravvenendo talora delle forti emicefalee sinistre, che venivano fugate col metodo antiflogistico e col chinino, quando sul declinare affettavano un andamento intermittente. Passato questo lungo intervallo di tempo, la bocca cominciò a torcersi gradatemente a destra, e tre mesi dopo un ascesso, preceduto da febbre e dolor pulsante, si ordì dietro il padiglione dell'orecchio istesso. La spaccatura diede uscita a diversi frammenti d'osso cariato, e tra questi si rimarcò l'apice posteriore della rocca petrosa, col meato uditivo interno e colla chiocciola.

In breve lasso guariva la breccia, ma l'udito non si riebbe. Una congiuntivite dall'angolo interno si diffuse a tutto il bulbo, appannò la cornea e diede luogo all'ulcera, senzachè l'ammalata provasse alcun incomodo doloroso.

In seguito la superficie oculare si cutizzò, si fece insensibile, e la secrezione delle lagrime si sospese. Ogni cura diretta a correggere questo stato divenne palliativa.

Il dott. *Scotti*, accennato come la frattura della rocca petrosa abbia generato il male, ascrive le lesioni osservate ai guasti riportati dal nervo del settimo ed ottavo pajo, che scorrono per l'interno meato e canale petroso. Di più considerando che il ganglio di *Gasser* per la sua posizione anatomica doveva necessariamente essere stato compreso dal processo disorganizzatore, non dubita di credere che il nervo trigemino abbia subìto delle gravi modificazioni, e che per tal guisa sia stata tolta l'innervazione delle branche oftalmica e mascellar superiore.

Ciò per altro che più importa si è quello che si riferisce alla disturbata innervazione della branca ottalmica. Invero oltre la xerosi congiuntivale mancava la sensibilità alla radice del sopracciglio sinistro ed alla metà corrispondente della fronte, mancava la sensibilità alla narice dello stesso lato e l'olfatto. A queste s'aggiungeva pure l'aderenza della palpebra inferiore al globo dell'occhio, la paralisi del muscolo orbicolare, e l'atrofia progressiva dei tessuti innervati dalle due branche nominate. Attraverso l'opacamento pellucido delle scagliuzze epiteliche che velavano la cornea, si vedeva a stento l'iride e la pupilla. Questa era alquanto

dilatata. Tutta la superficie del globo oculare conservava soltanto un pò di senso tattile, e la donna arrivava a distinguere la fiammella d'una candela posta in luogo oscuro, ed a conoscere di giorno l'ombra dei corpi grossolani.

Un singolare fenomeno venne notato da tre anni, che cioè ogni 15 o 20 giorni la Brenna provava all'occhio offeso un intollerabile ardore con tensione e prurito, principalmente verso il centro. A mitigare questi incomodi ella faceva fomentazioni calde alla parte e toglieva una crostolina squamosa dalla superficie della cornea, d'onde s'apriva la camera anteriore, e ne colava l'umore con tutto sollievo.

La spiegazione data in questo caso dall'Autore non sembra inverosimile, che per l'alterata struttura della cornea, mancando la porosità di questa membrana e l'essudazione fisiologica, venga con tal mezzo compensata. Il solo senso tattile in parte conservato, lascia supporre che sussistendo ancora un pò d'innervazione ai processi ciliari, lentamente si rinnovasse l'umore della camera anteriore, fino a riescirle molesto. Questa storia di completa xerosi, comprova pure ad evidenza l'enunciata opinione del *Rognetta*, e concorda pure colla sentenza del *Castorani* che la fotofobia abbia sempre sede nei nervi ciliari, non avendo l'ammalata provato il penosissimo sintomo, nell'ulcerazione della cornea.

Mettendo a raffronto le circostanze qui considerate nei singoli casi, l'indicazione che ne deriva per la cura non è la stessa per tutti. E malgrado la maggior parte dei mezzi adoperati abbia fallito l'aspettazione del medico, non sarà tuttavia male a proposito il rinnovare le prove quando si presentassero le circostanze favorevoli. Sappiamo che il sig. dott. *Antonio Quaglino* tiene ora in osservazione alcuni individui affetti da xerosi consecutiva all'abuso dei caustici, cui innestò il pus blennoftalmico. Il miglioramento che già presentano questi miserabili, lascia fondate lusinghe di guarigione.

Il dott. *Maffioretti* pone termine alle sue osservazioni colle seguenti conclusioni: 1.° La sensibilità dell'occhio viene fornita e sostenuta dall'integrità d'innervazione del trigemino, e più particolarmente dal ramo oftalmico di esso; 2.° Nell'uomo, il ramo mascellar superiore somministra filamenti, che concorrono alla innervazione del bulbo e della palpebra, per cui interrompendosi la con-

tinuità di questi, ne può derivare l'anestesia parziale della cornea, come nella storia del terzo caso; 3.° La sensibilità e la nutrizione dell'occhio essendo provvedute dal nervo trigemino, che riceve filamenti anastomotici dal trisplancnico, se questo viene ad essere profondamente leso, si fa tosto insensibile il bulbo ad ogni irritazione, si congestionano passivamente i suoi vasi, si sospendono le sue secrezioni umorali, si arresta il passaggio dell'acqueo attraverso la cornea. Questa si intorbida, si esulcera, e la sclerotica ingiallisce, acquistando l'aspetto cadaverico; 4.° Non è inverosimile in molti casi la paresi dei filamenti nervosi del trigemino diretti all'occhio, come già ebbe a rimarcare anche il *Rognetta*, possa per sè sola produrre la xerosi o cutizzazione della superficie oculo-palpebrale; 5.° Le abrasioni od ulcerazioni della cornea, che si osservano in caso di lesioni del quinto pajo nei nervi cerebrali con anestesia oculare, possono facilmente ripararsi colla semplice occlusione palpebrale, quantunque l'occhio non ricuperi la sua sensibilità normale; 6.° Può presentarsi l'anestesia oculare isolata od associata a complicazioni nell'occhio istesso o nelle adjacenti parti; 7.° L'anestesia oculare, quando non è dipendente da causa traumatica, viene quasi sempre preceduta da vivi dolori al bulbo, e da un senso di freddo subbjettivo.

Application de la dynamoscopie, *etc.* — **Applicazione della dinamoscopia alla constatazione dei decessi**; *Memoria presentata all'Accad. fr. delle scienze il 21 dicembre 1857 dal dott.* **COLLONGUES**. *Parigi*, 1858, *in-8.° di pag.* 43. — *Estratto del dott.* ***G. Gibelli.***

L'Autore si rammenta ai lettori come il fondatore di un nuovo sistema di ascoltazione risultante dalla scoperta da lui fatta di due rumori denominati *ronzio* (bourdonnement) e *crepitio* (petillement), — e come risultato d'applicazione di questa sua scoperta redige la presente Memoria.

Egli ha trovato un segno infallibile per determinare la morte

di un individuo entro le 24 ore, senza bisogno di aspettare i segni della putrefazione.

Nella 1.ª parte del suo lavoro dà la descrizione del dinamoscopo e la sequela delle esperienze che servono a stabilire l'esistenza dopo la morte del rumore qualificato sotto il nome di ronzìo (bourdonnement), il quale dura dalla decima alla quindicesima ora dopo la cessazione dei battiti del cuore e dei movimenti respiratorii. — Questo rumore va spegnendosi progressivamente dalla periferia al centro del corpo, e siegue la stessa legge negli animali, sempre in proporzionata intensità decrescente dal tempo trascorso dalla morte.

Il dinamoscopo è un stetoscopio foggiato in modo che l'estremità auricolare entri ad otturare il condotto auditivo esterno; e però ognuno deve provvedersene uno che s'adatti bene al proprio orecchio. — L'altra estremità è molto più allargata e scavata nel suo interno a scodella. L'istrumento dev'essere costruito o d'acciajo o di sughero; il primo serve meglio per ascoltare l'estremità delle dita, il secondo per le altre parti.

L'Autore riferisce quindi per disteso una serie di 21 esperienze istituite sopra individui morti da pochi minuti a 25 ore. — Parte di queste esperienze furono effettuate in presenza dei sigg. *Fuster* (di Mompellier), di *Beau* e *Pidoux*. Quindi aggiunge i seguenti dettagli.

Egli è raro che il ronzìo sia inteso dopo la morte all'estremità delle dita delle mani; non si rileva mai all'estremità delle dita dei piedi, alla testa ed alla faccia. Immediatamente dopo la morte è sempre percettibile alle palme, agli avambracci, alle braccia, alle gambe, alle coscie, al ventre.

In tutti gli individui v'ha un punto indeterminato, a destra od a sinistra, ma sempre intorno ai precordii, in cui il ronzìo è più sensibile che in qualunque altro.

Il crepitio è nullo dopo la morte.

Da quattro esperienze istituite sulle membra amputate, conchiude analogamente: esistere in esse il ronzio immediatamente dopo la morte, il quale va dileguandosi per iscomparire in dieci o quindici minuti dalla periferia al centro — essere percettibile qualche volta il crepitìo alle estremità delle dita dei piedi e delle mani.

Risultati analoghi ottenne dalle esperienze fatte sui polli e sui buoi dissanguati.

Nella 2.ª parte della Memoria l' Autore vorrebbe comprovare che la mancanza dei battiti del cuore durante alcuni minuti dopo la morte non è un segno certo *patognomonico* (sic) della morte, come vorrebbe il dott. *Bouchut*, e deduce questa assserzione dalle osservazioni di *Brachet* (riferite testualmente), di *Jovat*, *Depaul* e *Girbal*. E per controprova narra tre casi per disteso a lui occorsi in cui la sola esistenza del ronzìo, *mancanti i battiti del cuore*, bastò a indirizzarlo a richiamare in vita tre individui: un feto nato asfitico, uno scorbutico sfinito da diarrea e sorpreso da catalessi, una ragazza caduta in sincope per metrorragia passiva consecutiva a purpura emorragica. — Sulla validità del 2.° caso è permesso dubitare un tantino, dicendo, non che i battiti del cuore erano scomparsi affatto come negli altri due, ma che *l'ascoltazione del cuore non permette di sentire un battito che dopo un lungo esame.* — In fine l'A. vorrebbe fare suo pro delle esperienze di *Rayer* e *Magendie*, ripetute da *Claudio Bernard* e *Bouchut*, i quali allo scopo di provare che il cuore nelle sincopi non cessa del tutto di battere, dissanguavano i cani e constatavano le ultime debolissime contrazioni ventricolari mediante il manometro a mercurio di *Poiseuille* introdotto nella carotide. *Rayer* e *Magendie* dicono: *i due tempi del* TIC TAC *dei battiti del cuore erano qualche volta rappesentati da un semplice* TAC . . . . e *Bouchut*: *eranvi venti oscillazioni per minuto rilevate all'ascoltazione* DA UN RUMORE DEBOLE E LONTANO CHE DIVENIVA SEMPRE PIÙ RARO . . . . E l'Autore: *In alcune sincopi, si sono rilevati i movimenti del cuore semplificati, ridotti ad un semplice battito sordo e lontano. Evidentemente questo rumore sordo e lontano che si fa sempre più raro, non è altra cosa che il ronzìo, che il dinamoscopo farà meglio conoscere od apprezzare.* Ho voluto citare testualmente questi passi per lasciare al giudizio degli imparziali se è permesso di levar qualche dubbio sul modo stringente di argomentare dell'Autore.

Nella 3.ª parte della Memoria enumera i segni della morte secondo il grado di confidenza che inspirano, tanto prima che dopo le 24 ore dal decesso, e che tutti conoscono. Ammettendo che prima delle 24 ore questi segni hanno un valore affermativo se *tutti*

sono presenti, mentre nessuno può riguardarsi patognomonico preso in singolare, conchiude proponendo all'Accademia di riconoscere come segno certo della morte *la mancanza del ronzio alla superficie del corpo,* segno bastevole per sè solo senza il concorso degli altri.

Nella 4.ª parte, dopo di avere esposto delle idee filosofico-storiche sulla questione dei segni della morte; sul sotterramento; sui costumi di Inghilterra e di Russia; sulle case mortuarie di Germania; sulla legge francese, finisce col proporre: essere desiderabile che d'ora innanzi non debba più spettare agli officiali di stato civile la verificazione dei decessi, ma si riserbi questo incarico ai medici sperimentati nella dinamoscopia, i quali mediante il segno più volte ripetuto di sopra, attestino la realtà della morte.

Sopra le cisti che si sviluppano sulle pareti vaginali; *del dott.* Ladreit de la Charrière. (*Estratto*). — La congestione degli organi genitali esterni, che ha luogo nella gravidanza e durante il parto, dà origine a coteste cisti vaginali il cui numero è assai vario e che dapprincipio crescono senza dar segno di sè, massime quando trovansi alla parte superiore della vagina. Più tardi si presentano sotto forma di un tumore che può perfino uguagliare un uovo di pollo, di figura sferica od ovoidea o anche più allungato. Esse son liscie, opache, distese da liquido, coperte dalla mucosa vaginale che ha preso un colore grigiastro. Alcune sono peduncolate, altre sorgono con base più o meno larga. Sono sempre indolenti e la pressione ne modifica la figura. Sporgono dalla vulva sol quando sono impiantate alla parte inferiore del canal vaginale. — Le ammalate accusano qualche pesantezza e stiramento alle reni o scolo mucoso dalla vagina. Se abbondanti le cisti, ponno mettere ostacolo al parto e alla emissione delle orine. Il decorso di tale affezione è lento. Abbandonate a sè stesse, le cisti restano a lungo stazionarie, finchè qualche urto o lesione meccanica vi desti irritazione. Allora aumentano di volume rapidamente. Forte compresse, come succede nel momento del parto, ponno anche gangrenarsi. Non conosconsi fatti di guarigione spontanea. La puntura o l'incisione fa sortire un liquido giallo-citrino rassomigliante all'orina nel colore e nella densità, la qua-

le, se maggiore il liquido, contiene delle granulazioni di un millimetro di diametro, gialle, trasparenti, insolubili nell' acido acetico. Le pareti delle cisti vaginali hanno uno spessore che varia da uno a quattro millimetri e risultano da due membrane, una data dalla mucosa della vagina, l'altra propria, liscia, rossiccia, resistente.

Le cisti vaginali non costituiscono una malattia grave. La chirurgia le cura o colla puntura o colla incisione. Dopo evacuato il liquido si injetterà una soluzione irritante, come è la tintura d'iodio, secondo il metodo adoperato nella cura dell'idrocele. (*Archives gén de méd., maggio* 1858).

Sui bisogni della Clinica moderna; *del prof.* Lebert, *di Zurigo.* — Ad un rapporto sugli ammalati accolti nella sua clinica durante l'anno 1857, l'A. fa precedere alcune considerazioni intorno ai bisogni della clinica moderna. Egli loda che in questi ultimi tempi si sia tratto partito delle scienze naturali per caratterizzare le malattie, non vorrebbe però che intanto si trascurasse la terapia, la quale, alla fine dei conti, è lo scopo della medicina. Amerebbe che i metodi di investigazione e le scienze naturali agissero d'accordo fra loro ad uno scopo, non vorrebbe però che si avesse a cadere in quel falso eclettismo che cerca metter d'accordo fra loro anche le cose opposte.

Da una quindicina d'anni *Andral, Gavarret, Becquerel* e *Rodier* si sono sforzati di fondare una ematologia patologica, di studiare la condizione della fibrina, dell' albumina, delle cellule, dei sali, dello siero, del grasso nel sangue degli ammalati. Essi non riescirono a stabilire l'entità dei processi morbosi, ma diedero un buon indirizzo alle ricerche.

Vierhordt, *Velker*, *Vogel* coll' enumerazione dei globuli del sangue e collo stabilire una scala sul suo coloramento, e *Virchow* coll'aver fatto notare l'enorme sviluppo delle cellule sanguigne bianche, promossero in patologia una quantità di importanti questioni sul formarsi e scomparire delle diverse cellule sanguigne.

In seguito si rivolse l'attenzione sulle orine e dalla condizione dell'urea, dell'acido nitrico, degli urati, dei cloruri, dei solfati, come dall' eliminazione dei medicamenti per mezzo della orina e

dalla presenza dell'albumina in esse si dedussero degli importanti fatti patologici. Adesso la chimica patologica si occupa di rintracciare i prodotti di divisione e di decomposizione della proteina e del loro modo di trovarsi in certi organi e in certi processi morbosi diversamente che nello stato fisiologico. Il prof. *Lebert* opina che queste investigazioni spargeranno molta luce, epperò anch'egli ha ripetuto diversi studj sul formarsi della leucina e della tirosina nell'organismo sano ed ammalato.

Crede poi che lo studio dei composti dai quali si forma la leucina e la tirosina, p. es. dell'azione di queste sostanze nelle metamorfosi morbose e come principio di fermentazione, debba essere di un grande interesse.

In fine gli studj sulla formazione dello zucchero nel corpo umano, la scoperta di *Berthelot* che la sostanza dei testicoli cangia col suo contatto in zucchero fermentabile la mannite e la glicerina che non sieno in corso di putrefazione, lo studio della piemia, della colemia, dell'uremia sono bisogni della scienza moderna.

Lebert fa voti perchè la chimica venga maggiormente utilizzata per lo studio dell'azione dei medicamenti.

Il microscopio, il termoscopio, l'elettrico, la faradizzazione, la polarizzazione, sono altrettanti mezzi che ponno venir in soccorso per stabilire la diagnosi di una malattia.

Per quanta importanza sembri dare il prof. *Lebert* a questi mezzi di investigazione offerti dalle scienze naturali, egli insegna di non trascurare altresì di far tesoro sempre mai dell'osservazione clinica.

Il prof. *Lebert* esprime la sua opinione che le tabelle statistiche sono di un valore molto subordinato. E per la terapia ei pensa che si debba far poco, regolare la dieta e adoperare il metodo aspettativo, fin che non si pronunci chiara l'indicazione di quel medicamento che si fa agire poi convenientemente. (*Wiener med. Wochenscrift, N.*° 22 *del* 1858).

Sulla atrofia acuta del fegato; *del prof.* Oppolzer, *di Vienna.* — Le seguenti considerazioni illustrano un caso di atrofia acuta del fegato, malattia che termina sempre colla morte del soggetto, caso raccolto nella clinica del prof. *Oppolzer* e nar-

rato con un dettaglio di circostanze e uno spirito d'investigazione veramente ammirabili.

L'essenza dell'atrofia acuta del fegato fu creduta da alcuni consistere in una trombosi della vena porta, ma *Oppolzer*, in veruno dei casi occorsegli potè verificare questa trombosi. *Dusch* sostiene che le cellule del fegato vengano disciolte dalla bile che si ingorga nel fegato; ma oltre che nell'atrofia acuta del fegato non v'è ingorgo di bile, la cosa è contraddetta anche da ciò che le cellule del fegato non si disciolgono nella bile che sia stata tolta da un individuo morto per atrofia acuta del fegato. *Oppolzer* pensa che questa malattia non sia che l'esito di un processo, come il fegato granulare è l'esito di una infiammazione cronica: e diffatto l'itterizia nell'atrofia acuta del fegato si manifesta prima che succeda il discioglimento delle cellule del fegato; anzi, durante questo stadio, qualche volta diminuisce, a conferma che prima dello scioglimento succedono altri cambiamenti nel fegato. La atrofia poi del fegato, i sintomi cefalici, ecc., non si manifestano che sulla fine della malattia. *Frerichs* in questi ultimi tempi avrebbe persino scoperto in alcuni casi un essudato intorno ai lobuli del fegato; la qual cosa se si avesse a confermare, bisognerebbe ammettere l'opinione già espressa da *Bright*, che la malattia è una epatite diffusa, concetto che corrisponde anche al modo di decorrere della malattia. Che se succede di raro di poter trovare un aumento di volume del viscere, ciò che deve pure esistere quando vi è un essudato, è perchè di raro il medico ha occasione di esaminare l'ammalato in principio di malattia. (*Ibid. N.* 23, 24, 25, 26 del 1858).

Dati statistici sui calcoli orinarj; *del prof.* Balassa, *di Pesth.* — Il dott. *Gross* di Louisville, della cui opera colossale sulle malattie, lesioni e deformità della vescica orinaria, della prostata e dell'uretra, questi Annali hanno dato un diligente estratto, redatto dal dott. *Comolli* (vol. 163 e 164 del 1858), avendo spedito anche al prof. *Balassa* di Pesth una circolare diretta ai medici d'America, nella quale sono contenute molte questioni spettanti alla statistica dei calcoli orinarj, questi gli rispose pubblicamente, riferendo quanto gli occorse di osservare nei primi dodici anni di esercizio nella clinica chirurgica di Pesth, su 155

casi di calcolo vescicale. Risulta da questa risposta, che in Ungheria il calcolo vescicale occorre ordinariamente nei bambini e nell'età infantile; che la bassa classe ne è particolarmente affetta; che l'acido urico è il componente che si trova più di frequente in essi; che l'ossalato di calce è quello che predomina in quantità; che la massima parte dei calcoli hanno una composizione omogenea; che sono in minor numero quelli nei quali gli strati periferici sono composti diversamente dal nucleo; che i calcoli ossalici sono ordinariamente tondeggianti, con una superficie scabra, irregolare come i lamponi, coloriti in bruno-oscuro, pesanti, densi e di frattura lamellare; che i calcoli urici sono tondeggianti od oblunghi, schiacciati, levigati, di color bruno-chiaro, meno pesanti e meno densi degli ossalici e di struttura ordinariamente lamellare; che i calcoli da fosfati sono sferoidi o cilindrici, ruvidi, di color giallo-sporco o bianchicci, leggeri, soffici e d'una frattura granulare; che di 135 ammalati potevano essere operati 122, dei quali 92 col taglio e 30 colla litotrizia; che questa operazione diede risultati poco soddisfacenti; che la più grossa pietra raccolta fu del diametro di 2 pollici e 5 linee; che la più pesante era di un'oncia e mezza e 10 grani, e la più leggiera di 17 grani; che in un individuo si trovaron fino a tre pietre; che sopra 135 ammalati di calcolo vi fu una sola donna; che gli operati col taglio guarirono fra 8 e 60 giorni; che una recidiva occorse dopo il taglio della pietra e due dopo la litotrizia; che cinque morirono in conseguenza dell'operazione sui 92 operati col taglio e altri cinque sui 30 operati colla litotrizia.

Il prof. *Balassa* non ha osservato se il distoma ematodio sia origine di catarro e di calcoli vescicali in Ungheria come in Egitto; ritiene però che per la formazione del calcolo non siano necessarii nè il catarro della vescica, nè il distoma ematodio. (*Ibid. N.* 25 *e* 26 *del* 1858).

Sulla materia di contagio nelle forme veneree; *del prof.* Sigmund, *di Vienna.* — Le seguenti considerazioni sono estratte dai Rapporti annuali della clinica e divisione per i sifilitici, diretta dal prof. *Sigmund.* nel triennio 1855-56-57. Anche nel decorso degli anni 1855-56-57, dice il prof. *Sigmund,*

non gli occorse un sol fatto che valesse ad appoggiare l'identità del virus gonorroico e del virus sifilitico. Eppure ultimamente alcuni emisero ancora dei dubbii sulla giustezza di questa osservazione: è perchè qualche volta sfugge l'atrio per cui si introduce il virus sifilitico nell'uomo. Dall'innesto del pus gonorroico, non si ottiene mai l'ulcero sifilitico, lo sviluppo della sifilide; fanno male dunque coloro che prescrivono una cura decisamente antisifilitica anche nelle alterazioni dipendenti da semplice gonorrea. La fisica e la chimica non hanno saputo finora isolare e contraddistinguere la materia di contagio nella gonorrea e nella sifilide, non ne segue però da questo che non si debbano continuare i tentativi per riuscirvi. Anche la microchimica non ha dato sinora alcun risultato felice in proposito e gli esperimenti di far abortire le forme veneree coll'alcool, coll'etere, col cloroformio, coll'iodio, col bromo, col creosote, cogli alcali, acidi e sali più o meno caustici, non meritano il nome di processi chimici. — Il pus gonorroico produce dapprincipio sulla mucosa dei genitali la stessa alterazione del semplice catarro, in seguito si formano essudati nella mucosa e nel tessuto sottoposto, abrasioni epiteliali, turgori ghiandolari, propagazioni dell'infiammazione in ordine anatomico, escrescenze cellulari. Nelle secrezioni gonorroiche i globuli di pus aumentano in quantità sin che la malattia progredisce e poi diminuiscono; e l'osservazione che quando non si riscontrano più globuli purulenti nel secreto gonorroico, esso non è più contagioso, farebbe supporre che i globuli del pus sieno i veicoli del contagio. Il prodotto gonorroico dell'uretra, della mucosa, dell'ano, dell'utero dall'atrio, della vagina, reagisce sempre alcalinamente, quello della vagina acidamente; quello del canal dell'utero ancora alcalinamente. — Il prodotto dell'ulcero sifilitico esaminato col microscopio offre i componenti del pus e quando in esso non si riscontrano più le cellule del pus, ha cessato di esser contagioso. La forza di contagio del pus non è distrutta dal freddo sotto zero, nè dallo sfacellarsi delle parti affette dall'ulcero; è distrutta invece dall'acqua bollente, dal ferro rovente e dagli alcali, acidi, e sali che distruggono i tessuti. — Il contagio sifilitico non penetra dove la pelle non ha perduto della sua continuità e il prof. *Sigmund* non ammette alcun caso ben constatato di bubbone d'*emblée*. (*Ibid. N.° 29 del* 1858).

Sul meconio; *del prof.* Förster, *di Gottinga.* — Il prof. *Förster* crede che gli ostetrici e i medici abbiano opinato finora essere il meconio un miscuglio di bile e di muco ed epitelio intestinale. Ma l'esame microscopico del meconio dimostra subito l'erroneità di questa opinione, perchè esso consta particolarmente di vernice caseosa tinta dai principii coloranti della bile. Come fu già osservato, il meconio risulta per la massima parte di squamette piane che hanno tutti i caratteri dell' epitelio pavimentoso corneo e rassomigliano esattamente alle squamette cornee della vernice caseosa. La loro identità si vede manifestamente col confronto dei preparati microscopici: un preparato microscopico di meconio si distingue da uno simile di vernice caseosa solo per la materia colorante che quello presenta e per la minor quantità di globuli grassi che contiene; l'identità perfetta invece fra di loro è dimostrata dal trovarsi costantemente nel meconio gli stessi piccoli peli come nella vernice caseosa. Per vedere questi peli non fa bisogno del microscopio, ma basta di passare innanzi e indietro alcune volte nel meconio con un ago e alcuni si attaccano ad esso. Le squamette cornee poi non ponno provenire che dalla vernice caseosa, poichè lo stomaco e tutto il tubo intestinale non hanno che epitelio cilindrico, e sull'epitelio pavimentoso che copre la mucosa della bocca e dell'esofago non ponno formarsi simili squamette cornee. Oltre alle squame cornee si osservano nel meconio principalmente dei globuli di grasso di diversa grossezza, dei cristalli di colesterina e ammassi irregolari di sostanza gialla e bruna che tingono il meconio e sono senza dubbio la materia colorante della bile. I globuli di grasso sono manifestamente unto della cute e appartengono alla vernice caseosa, i cristalli di colesterina provengono in parte dalla bile, in parte potrebbero essere un prodotto di riduzione della vernice caseosa durante il suo corso nel tratto intestinale e dimora nel retto.

Bisogna adunque che il feto inghiotta di quando di quando dell' idramnios colla vernice caseosa in essa sospesa; i peli e le squame cornee, come sostanze non digeribili, percorrono il tubo intestinale inalterate; se e quanta materia sebacea della vernice venga assorbita dai vasi chiliferi dell'intestino tenue è una domanda alla quale potrebbe forse venir risposto, esaminando attentamente col miscroscopio i villi intestinali del feto. Sarebbe inoltre interes-

sante di determinare, coll'esaminare ripetutamente la materia intestinale nel feto, in qual settimana incomincia ad inghiottire l'idramnios e la vernice. Siccome gli elementi della vernice sono sospesi solamente in piccola quantità nelle acque, così per raccogliere l'ordinaria qnantità di meconio, bisogna che a poco a poco venga inghiottita, quand'anche in piccole porzioni, una quantità abbastanza rilevante di acque; queste acque nello stomaco vengono assorbite rapidamente, perchè non ve se ne trova mai; a quale scopo servano quando sono entrate nella corrente del sangue non si sa. Probabilmente vengono ancora secrete per la massima parte colla urina e ritornano per le vie urinarie nel sacco dell'amnios. Che le acque inghiottite non possano servire propriamente alla nutrizione del feto, lo ha già dimostrato *Bischoff*, ciò non vale però a negare che possano servire alla sua metamorfosi, e solamente la prova di fatto, già stato sostenuto fin dai tempi antichi che le acque entrano regolarmente per la bocca assieme alla vernice sospesa in esse, ha un certo interesse per la fisiologia della metamorfosi del feto. Nuove indagini in proposito potrebbero arrecare ancora molti schiarimenti. Un esame regolare del contenuto intestinale di molti feti di diversa età dovrebbe esser fatto particolarmente là dove si offre materiale abbondante, come sarebbe interessante l'esame delle materie intestinali dei feti mostruosi. Che gli acefali non abbiano meconio è una cosa già conosciuta, e finora fu attribuito alla mancanza di fegato: noi sappiamo però adesso che questo può aver per effetto solamente il decoloramento del meconio, e che il meconio mancherà solamente allora quando per un difetto del tratto intestinale dalla bocca al retto, sarà impedita l'introduzione in esso, o il passaggio delle acque colla vernice caseosa. L'esame delle anomalie di struttura in rapporto col meconio deve esser fatto senza prevenzione e sotto molteplici considerazioni. (*Ibid. N.° 32 del* 1858).

Dott. *A. Bossi.*

Osservazioni sul vajuolo, e sua complicazione con altre malattie; *del prof.* Bamberger, *di Würzburg.* — (*Estratto*). — Dopo aver speso alcune parole intorno alla intensità e tenacità del contagio vajuoloso, riferendo in particolare esempii di propagazione di esso nella sua clinica, l'Autore soggiunge

che rara è la complicanza del vajuolo colla scarlattina e col morbillo, e che giammai gli fu dato di vederla col tifo e col cholera; il che collimerebbe perfettamente colle note leggi de' contagi. Leggi per altro che l' Autore non ammette per costanti, dacchè concede la possibilità della coesistenza in un istesso individuo di due differenti contagi. Egli dà per esteso la storia di una giovane di 30 anni accolta nella clinica con dolori reumatici alle ginocchia, e sintomi bronchiali; dopo 17 giorni di decumbenza insorse febbre, cefalea, congiuntivite ed eccitamento psichico, con consecutiva eruzione maculo-papulosa al volto. Attesa l'esistenza dell'epidemia vajuolosa, non si dubitò trattarsi di tale infezione, e la malata fu trasferita nell'apposito comparto. Ma al dì susseguente si riscontrò trattarsi di morbillo, per cui fu ricollocata in clinica. Abnorme e molto breve fu il decorso del morbillo. Pochi giorni dippoi ebbesi un reale esantema vajuoloso, che ben tosto si diffuse a tutta la superficie cutanea. — Il dott. *Bamberger* vorrebbe che in questo caso l'infezione vajuolosa sia avvenuta durante l'eruzione del morbillo, che ambo i contagi abbiano simultaneamente stanziato nell'organismo, e che l'uno abbia incominciato a palesarsi dopo la scomparsa dell'altro. Egli nega che in questo caso i due contagi abbiano avuto contemporanea origine, e propende a credere che l'infezione vajuolosa abbia contribuito ad abbreviare il decorso del morbillo.

Il dott. *Bamberger* fa quindi parola della complicazione del vajuolo colla *sifilide*, punto assai importante nel rapporto pratico; e ne racconta due casi. Il primo si riferisce ad una giovane donna, gestante al sesto mese, con indubbio esantema vajuoloso esteso a tutto il corpo. All'ingredire del periodo di decrustazione, manifestossi un particolare fenomeno: coll'essiccarsi delle pustole, e col cadere delle croste, che regolarmente compivasi su tutta la superficie cutanea, in alcuni punti di questa, alla fronte, alle spalle, al collo ed agli inguini, le pustole assumevano una forma straordinariamente larga e piatta, dal fondo di esse sollevossi quindi una vegetazione irregolare, umida, che al principio era circondata da un umore purulento, il quale a poco a poco essiccava e cadeva. Tali efflorescenze convertivansi in estesi condilomi, principalmente alle spalle. — Tosto si passò all'esplorazione degli organi genitali, e scoprironsi alle grandi labbra alcuni condilomi estesi ed antichi, blennorrea vaginale e tumefazione delle glandule inguinali. Una cura

mite col calomelano, ma continuata anche dopo il parto, guarì la malata dall'infezione sifilitica. — Affatto consimile è il secondo caso esposto dall' Autore.

A giudizio del dott. *Bamberger* l'interesse di queste due osservazioni non istà tanto in ciò, che individui infetti da sifilide siano presi da vajuolo, ma sibbene nella circostanza che sotto agli occhi dell' osservatore la specifica pustola vajuolosa sia degenerata nel prodotto pure specifico della sifilide costituzionale, e precisamente in modo che non potrebbesi stabilire, quando sia cessata l'efflorescenza della prima, ed abbia esordito il secondo. Nè devesi ritenere che l' efflorescenza, perchè sottoposta all'influenza d'ambo le forme morbose dominanti nell' organismo, contenga in sè il prodotto d' ambedue le malattie. Innanzi di trarre ulteriori risultati da queste osservazioni, l' Autore cancella il dubbio, che forse potrebbe nascere in alcuno, non essersi in questi due casi trattato di vero vajuolo, ma piuttosto di una sifilide pustolosa: ed in prova ricorda lo stadio prodromico abbastanza manifesto, non che il decorso totale della malattia, e quello in ispecie dell'esantema.

L'importanza pratica di questi due casi il dottor *Bamberger* la rivolge maggiormente sul tema: se, cioè, possa avvenire che una vera pustola vajuolosa in un individuo sifilitico trasmutisi immediatamente in un'efflorescenza sifilitica; se è inevitabile che la pustola, per lo meno ad un dato tempo, porti in sè i caratteri d' ambo le malattie. In tal caso, dice l'Autore, si ha una decisiva risposta alla domanda, se col prodotto della vaccinazione da un bambino affetto da sifilide costituzionale si innesti nell'altro bambino anche la sifilide; risposta decisiva che non potrebbe venir distrutta anche da migliaja di risultati negativi. La suesposta questione venne in questi ultimi tempi da molti e da sommi medici agitata, e rovistando gli scritti in proposito, scorgesi che i più si pronunciano contro la possibilità di un tale innesto della sifilide mediante la vaccinazione. Ciò nullameno il dott. *Bamberger* non esita ad esporre un'opposta opinione. Dal lato teoretico, egli dice, non v'ha una legge, nè logica, nè desunta dall'esperienza medica, che stia a sfavore di una tale propagazione, hannosi all'incontro i risultati ottenuti da *Waller* coll' inalazione del sangue de' sifilitici; dal lato pratico un solo fatto ben constatato basta a distruggere tutte le osservazioni negative. Sebbene i medici più esperimentati

e più celebri neghino tale possibilità di propagazione pel semplice motivo, che loro non fu mai dato di osservarla, ciò non prova proprio nulla: per l'istessa ragione potrebbesi negare l'esistenza della febbre gialla e della peste. Che poi tale propagazione mostrisi tanto raramente, ciò dipende da molti motivi: nessun medico ragionevole leverà l'innesto da un bambino, di cui non conosca esattamente lo stato fisico, e se tale contingenza avverasi talora per mero accidente, egli è molto probabile, che nel più de' casi non sussegua infezione sifilitica veruna. È cosa notoria che per regola generale gli innesti coi prodotti della sifilide costituzionale non hanno effetto, che *Ricord*, in appoggio a tali molteplici esperimenti, stabilì la sua teoria, ma che questa viene abbattuta dai risultati positivi di *Vidal*, *Waller*, *Wallace*, *Rineker* ed altri. L'Autore opina, che probabilmente la pustola vaccinica d'un sifilitico non ad ogni periodo di sua esistenza contenga i prodotti d'ambo le malattie. Sul principio la forza prevalente della linfa vaccinica può neutralizzare il virus sifilitico, e renderlo inattivo, mentre collo spegnersi dell'intensità di quella assume maggior potere quest'ultimo: nel tempo di mezzo può darsi un equilibrio di forze d'ambo le materie, per cui ambedue riescano trasmissibili. Dacchè poi in via generale la vaccinazione si eseguisce all'epoca del massimo sviluppo della pustola vaccinica, potrebbesi forse derivare da ciò l'innocuità di una tale vaccinazione.

Il dott. *Bamberger* si premunisce quindi contro un argomento assai forte che per avventura gli si potrebbe opporre da taluno, argomento desunto dagli esperimenti di *Sigmund* e di *Friedinger*, i quali coll'innesto operato mediante una miscela di pus sifilitico e di linfa vaccinica ottennero sempre la comparsa di vere ulceri. Questi esperimenti, dice il dott. *Bamberger*, provano nè più nè meno, se non che il virus dell'ulcero primario è più intenso che quello della vaccina, per cui quest'ultimo viene distrutto e leso nella sua azione. Vale ciò forse a dimostrare che anche il virus modificato della lue secondaria si comporti nello stesso modo? No certamente, pensa l'Autore; anzi, egli soggiunge, noi dobbiamo all'incontro prendere in esame la minore di lei intensità, e non possiamo perciò prestabilire che al modo del virus dell'ulcero primario, possa sotto tutte le circostanze neutralizzare la linfa vaccinica.

L'Autore viene quindi ad accennare alcuni fatti di propagazione della sifilide mediante la vaccinazione, fatti indubbii che solo ponno esser miscreduti, egli dice, dai sofismi e dalla dialettica di *Ricord*. Anzi tutto fa menzione del processo tenutosi nel 1854 in Bamberg contro il dott. *H.* Da esso risulta che vennero vaccinati tredici bambini coll'innesto di altro bambino di madre sifilitica, coperto di pemfigo, escoriazioni ed esulcerazioni, e morto poco dippoi; che i bambini vaccinati appartenevano a genitori sani, che eran essi pure sanissimi, che nove di essi quasi immediatamente ammalarono di sifilide constatata, che due dei quattro non infetti da questa assunsero un cattivo aspetto, che in tre di questi quattro la vaccinazione non ebbe un esito favorevole, che nel villaggio non dominava dapprima la sifilide, che da essa vennero presi solo i bambini vaccinati da quello sifilitico, che l'infezione di questi miserabili si propagò esclusivamente alle persone che più li accostavano (ulceri al braccio della madre o della nutrice, ai capezzoli). Il dott. *Bamberger*, concedendo che si faccia astrazione dai due casi da lui narrati, i quali per altro evidentemente proverebbero la possibilità del passaggio della pustola vajuolosa a prodotto sifilitico, raccomanda di fare attento esame a tutti i surriferiti punti, onde essere persuasi della sua asserzione.

Altri fatti di innesto di sifilide a mezzo della vaccinazione si fa egli quindi a riportare, e fra questi uno tolto dall'« *Heine'sche Schrift* » p. 30; l'altro dal « *Bair. Aerztl. Intelligenzblatt* 1854 », N. 11, pag. 34. Tre giovani medici si vaccinarono col pus levato da una pustola di un bambino di madre sifilitica, affetto da vajuoloide: in uno di essi la vaccinazione rimase senza esito, nel secondo dalle pustole svilupparonsi ulceri sifilitiche, con consecutivi sintomi di sifilide secondaria, per la quale morì dieci anni dippoi; il terzo dopo un anno consultò il dott. *Heine* per psoriasi sifilitica al palmo delle mani.

Ad ulteriore appoggio del proprio asserto il dott. *Bamberger* cita l'autorità di *Lindwurm*, *Hamerick*, *Ceccaldi*, *Monteggia*, *Carioli* e *Marcolini*, cita la Facoltà medica di Praga che concede la possibilità della trasmissione della sifilide mediante la vaccinazione: possibilità che, egli dice, può solo esser negata dai fedelissimi seguaci della scuola di *Ricord*, che non crede alla trasmissibilità della sifilide secondaria.

L'Autore chiude questa sua Memoria sul vajuolo con un'osservazione terapeutica. Per tre anni in tutti quei casi in cui l'esantema al volto era confluente, egli distendeva su esso del collodion e ne ottenne sempre favorevoli risultati. In luogo delle pustole formansi solo delle vescicole piatte, anzi molte efflorescenze abortiscono allo stadio di papula, minore è la tumefazione del volto, non avvengono cicatrici, anzi parvegli che anche i sintomi cefalici sotto una tal cura fossero sempre meno intensi. Raccomanda che le spalmature col collodion siano fatte al principio della malattia ed a dose conveniente, essendo insufficienti quelle praticate con una penna. A tal uopo egli versava direttamente il collodion dal vaso sul volto, schivando le aperture naturali, e lo distendeva dippoi con un dito, ripetendo l'operazione per due o tre giorni. Egli non ebbe a deplorare con questo processo verun sinistro accidente, e dice usarne pure da anni con vantaggio nella risipola della faccia. (*Oest. Zft. f. pract. Heilkunde. N.* 10 *del* 1858).

Dott. *G. Rotondi.*

Dell' emorragia cerebellosa ; *del dott.* HILLAIRET. (*Conclusioni*). — Esistono fra le diverse parti che costituiscono la massa encefalica connessioni sì intime, una tale comunità funzionale, sotto certi rapporti, che la sintomatologia delle loro affezioni se ne risente necessariamente; così riesce, in molti casi, della maggiore difficoltà il distinguere tali affezioni le une dalle altre.

In quanto concerne l' apoplessia cerebrale e l' apoplessia cerebellare, la difficoltà è tale, dice l' Autore, che parrebbe poco ragionevole ch'ei volesse attualmente tracciarne la diagnosi in modo troppo esplicito, sebbene coll' ajuto di fatti lungamente e scrupolosamente addotti nella sua Memoria, l'Autore abbia potuto istituirla all'ospedale, al primo esame degli ammalati. Ma il sig. *Hillairet* nutre la profonda convinzione che non è lontano il tempo nel quale, all'appoggio di fatti ben osservati, ben descritti, la scienza sarà definitivamente fissata sovra questo punto importante di patologia, che, una volta messo in chiaro, contribuirà senza dubbio efficacemente a dissipare la oscurità che avvolge ancora la fisiologia del cervelletto.

Comunque siasi, eluce dai fatti contenuti nella Memoria del-

l'Autore che, se l'apoplessia cerebrale e l'apoplessia cerebellare hanno sintomi comuni, quali la *cefalalgia* generale, le vertigini, i bagliori, i tinniti d'orecchi, l'emiplegia, ecc., l'apoplessia cerebellare si traduce da un insieme di fenomeni particolari, riassunti nelle seguenti proposizioni:

1.° L'apoplessia cerebellare grave si presenta sotto due forme; l'una lenta, ad andamento regolarmente progressivo dall'attacco sino alla morte; l'altra brusca, ad andamento rapido; questa può essere fulminante ed uccidere istantaneamente, ciò che non induce l'apoplessia cerebrale detta fulminante. La prima forma è ancor più rara della seconda.

2.° Nella prima forma, non avvi perdita dei sensi al momento dell'accesso; la seconda forma, se l'accesso è violento, può determinare, in casi rari e per un tempo brevissimo, la perdita dei sensi, ma i pazienti ritornano ben presto in sè.

3.° Nelle due forme, l'accesso è susseguito da vomiti spontanei, che ritornano parecchie volte nel corso della malattia, sino alla morte; in alcuni casi, sono quasi incoercibili. Questi vomiti sono più frequenti nella prima forma che nella seconda.

Il vomito non sembra all'Autore essere un sintomo della apoplessia cerebrale, come fu scritto da parecchi; esso appartiene più specialmente alla apoplessia cerebellare od a qualunque altra lesione atta a produrre un aumento di volume del cervelletto.

L'esame dei fatti induce l'Autore a pensare che l'esistenza di questo sintoma è collegata alla compressione lieve o ad una semplice eccitazione dei pneumogastrici, dalla massa cerebellare distesa dalla emorragia. In alcuni casi l'Autore osservò la rottura della sostanza grigia periferica coincidere coi vomiti; ma non può per ora connetterli ad altro che alla lesione concomitante dei pneumogastrici, perchè vengono riscontrati ancor più di frequente nelle altre affezioni del cervelletto che producono l'aumento del suo volume, quali, ascessi, tubercoli, cisti, ecc., ecc., mentre non s'incontrano che molto eccezionalmente nel rammollimento, nel quale il volume dell'organo non è sensibilmente aumentato.

Insomma, i vomiti spontanei sono molto rari nella apoplessia cerebrale esente da complicazione da parte del cervelletto, checchè ne dicano gli scrittori; perchè dopo aver rilevate le osservazioni contenute in diversi trattati speciali, l'Autore trova che la pro-

porzione ne è approssimativamente come 1 a 30; nell'apoplessia cerebellare la proporzione ne è come 1 a 2 e mezzo.

4.° La sonnolenza e il coma, seguiti ben presto dal *carus* il più profondo, al quale succede la morte, sono abituali nell'apoplessia cerebellare grave, ma l'intelligenza non è per questo abolita, se non se poche ore innanzi la morte; di più, essa non è alterata nei soggetti colpiti da apoplessia cerebellare fulminante, perchè al momento dell'accesso possono col linguaggio, con un grido, coi gesti, significare il loro patimento; essi muojono immediatamente dopo. Nell'apoplessia cerebrale detta fulminante, gli ammalati cadono fuori dei sensi, senza nulla dire nè manifestare, fanno intendere una respirazione stertorosa, e muojono poche ore appresso.

5.° La risoluzione delle membra è parimenti un sintoma abituale della apoplessia cerebellare. I pazienti, infatti, non si sostengono in equilibrio sulle membra inferiori; ma possono, essendo coricati, muoverle allorquando vi sono provocati, e mantenerle elevate al dissopra del loro letto, nella posizione che loro s'imprime. L'emiplegia non è sì frequente quanto lo asseriscono alcuni autori; essa non si verifica che in un terzo dei casi. Non si riscontrò giammai nei fatti osservati dal sig. *Hillairet*. La paralisi è sempre crociata; pure si può ammettere la possibilità della paralisi diretta per difetto d'incrociamento dei fasci midollari, come lo dimostrò *Longet*. I fatti di paraplegia e di paralisi generale cagionate dalla apoplessia cerebellare non sono abbastanza concludenti per esser presi in seria considerazione.

6.° La tendenza ad indietreggiare ed al movimento di rotazione non è stata osservata nei fatti analizzati dall'Autore, se non se presso un paziente, che lagnavasi, qualche tempo innnnzi l'accesso, d'essere spinto con una forza irresistibile dal lato sinistro.

7.° La paralisi facciale crociata, abituale nella apoplessia cerebrale, non s'incontra che per eccezione nell'emorragia cerebellare; perchè l'Autore non ha notato che una sola volta in 26 casi, la deviazione d'una delle commissure delle labbra. La deviazione della lingua è del pari eccezionale; nondimeno la parola è, in generale, pesante, pastosa, lenta.

Tuttavia la fisionomia ha una espressione affatto particolare di

ebetudine e di stupore, accompagnata da immobilità degli occhi, che merita qualche attenzione; ordinariamente, poco tempo dopo l'accesso, questa particolarità scompare.

8.° La sensibilità rimane intatta nella apoplessia cerebellare grave; l'Autore osservò in un caso della iperestesia momentanea, verso il mezzo del corso della malattia. Non è che all'approssimarsi della agonia che la sensibilità si ottunde, s'indebolisce e sembra scomparire mano mano che il coma si fa più profondo; una sola volta è stata indicata come perduta dall'origine.

Il contrario ha luogo nella apoplessia cerebrale grave, nella quale vedesi comunemente paralizzata la sensibilità dal momento dell'accesso.

9.° I sensi rimangono intatti come la sensibilità generale. L'udito, l'odorato ed il gusto, non si alterano che per eccezione. Talvolta la vista può essere indebolita od anche abolita allorchè i *processus cerebelli ad testes* sono lesi e distrutti. Lo stringimento e l'immobilità delle pupille sono di regola; la dilatazione è l'eccezione.

10.° Non avvi convulsioni nella apoplessia cerebellare, a meno che l'emorragia del cervelletto non sia complicata d'altre lesioni aventi sede sulle diverse parti del sistema nervoso centrale o che il sangue effuso non susciti la infiammazione della circostante sostanza cerebellare.

11.° Eccetto i vomiti, di cui si è parlato precedentemente, gli organi della digestione non subiscono che poche o veruna modificazione; il più spesso le feci sono rare, talora involontarie.

Il mingere, volontario nei casi della prima forma, all'esordire dell'accesso, diventa involontario alla fine, come pure in tutto il corso della seconda forma.

12.° La durata media di questa affezione, non compresi i casi fulminanti, è di un giorno e mezzo.

La lentezza della respirazione, che diventa ben presto sonora, stertorosa, sembra all'Autore essere il risultato tanto della risoluzione che invade i muscoli intercostali, come tutto il sistema locomotore, quanto della compressione esercitata sui pneumogastrici. Queste particolarità influiscono molto sulla rapidità dell'andamento e l'esito funesto della malattia.

La morte è la soluzione ordinaria della apoplessia cerebellare,

che pure é suscettibile di guarigione. (*Archives gén. de méd.*, *maggio* 1858).

Considerazioni intorno alla leucocitemia in generale; *del dott.* Raffaello Mattei. — La fisiologia e la patologia si accordano a mostrare l'improbabilità della conversione del sangue in pus nella leucocitemia, e prestano valido appoggio all'altra opinione che tiene l'elemento essenziale di questa affezione sia una soprabbondanza dei globuli bianchi del sangue.

L'infezione purulenta si distingue dalla leucocitemia pei seguenti caratteri:

Infezione purulenta	*Leucocitemia*
Non formasi se non esiste flogosi suppurativa o raccolta di pus.	La preesistenza di queste due condizioni non sono punto necessarie al suo sviluppo.
Si manifesta e decorre con febbre.	Di rado si congiunge a febbre, e sempre quando le cose vanno alla peggio.
Ha corso acuto.	È affezione cronica.
Si manifesta non di rado sopra diversi individui riuniti in uno stesso luogo.	È essenzialmente sporadica.
Il sangue estratto ha presso a poco le ordinarie qualità fisiche.	È di color bigio.
I visceri sono talvolta più voluminosi del consueto, ma solo per effetto delle forti congestioni che vi avvengono.	V'ha sempre l'aumento di volume di certi organi particolari, ma sempre dipendente da ipertrofia.
Nei cadaveri il sangue generalmente ha un colore rosso-scuro, ed è sciolto o mollemente aggrumato. In quest'ultimo caso, ora è unito a concrezioni fibrinose ed ora no.	Trovansi grumi sanguigni composti di due parti distinte, una di colore cioccolata o mattone o paonazza, l'altra giallastra costituita quasi per intero da globuli bianchi identici a quelli del sangue e del pus.

Ascessi multipli.	Mancano del tutto.
Quando si trovano grumi sanguigni con una parte giallastra e di consistenza cremosa, questa non esiste che in contatto delle pareti vascolari infiammate, o in vene che ordinariamente comunicano con un focolajo purulento.	Codesti grumi si trovano costantemente e tanto nel cuore che nei vasi, nè più nelle vene che nelle arterie.
Non è rara la flogosi dei vasi, e particolarmente quella delle vene.	Non trovasi la flogosi nè delle arterie nè delle vene.

(*Lo Sperimentale, anno 1.° Firenze*, 1858).

Caso di orina chilosa ed adiposa; *del dott.* Bramwell. — Quest'osservazione venne fatta sopra un giovinetto scrofoloso, nato da parenti scrofolosi, che da qualche tempo soffriva di dispepsia, difficoltà nell'emettere le orine, e dolore alla regione della vescica.

Le orine recenti avevano l'aspetto di buon latte, inodore, del peso specifico di 1,0036, presentanti al microscopio tutti i caratteri del latte; costituivansi da una moltitudine di globuli di varia grandezza di grasso, i cui cristalli rassomigliavano a quelli dell'acido margarico. Non si riscontrò albumina; l'urea, i solfati ed i clorati erano abbondanti.

Le orine continuarono a mantenere tale carattere per tre mesi, dopo i quali esse riacquistarano il loro aspetto fisiologico.

In riguardo alla condizione patologica di questa affezione, l'Autore abbraccia l'opinione di *Prout* che: l'orina adiposa o chilifera è una conseguenza di qualche alterazione negli organi primarii o secondarii dell'assimilazione; questi prodotti sarebbero elaborati in modo da non poter servire alla nutrizione e come tali vengono eliminati dall'organismo. L'Autore domanda, in base della sopraccitata legge di natura, se l'orina grassa abbia affinità colla tubercolósi? Egli paragona il processo per cui i reni secernono l'orina adiposa a quello per mezzo del quale il sangue si libera di sostanze eterogenee depositando nell'organismo i tubercoli, cioè albumina che non può servire alla nutrizione. (*Edinburgh med. Journal, febb.* 1858).

Ascesso della coscia destra in comunicazione cogli intestini. Emissione di alcune piccole ossa; *osservazione del dott.* Gillespie. — Un giornaliero fu preso improvvisamente da dolore violento alla regione iliaca destra. — Pochi giorni dopo comparve un tumore all' inguine destro subito sotto il legamento del Poparzio. Apertosi, ne sgorgò una gran quantità di marcia. Qualche giorno appresso esse si presentarono miste a materie fecali. Un altro ascesso si presentò tre pollici più in basso del legamento del Poparzio, un pò verso l'esterno; anch'esso diede marcia e materie fecali e più tardi 3 ossicini che sembravano coste di un piccolo quadrupede.

Il paziente guarì a poco a poco colla semplice medicazione aspettativa.

Da questa osservazione l'Autore conchiude che trattavasi primitivamente d'un ascesso acuto in comunicazione col cieco, determinato dalla presenza delle piccole ossa evacuate. — Tale ascesso si fece strada lungo i vasi e si aprì sotto il legamento del Poparzio. Gli ossicini emessi, secondo l'esame del dott. *Struthers*, appartenevano ad una lepre giovine che il paziente aveva qualche tempo prima mangiato. (*Ibid., gennajo* 1858).

Sopra un nuovo metodo d'amputazione, detto metodo diaclastico o per rottura; *memoria letta all'Accademia fr. delle scienze, il* 26 *aprile* 1858, *dal dott.* Maisonneuve. — L'Autore si è accorto per ripetute osservazioni che la causa della mala riescita di una gran parte delle amputazioni è dovuta all'infezione purulenta, diffusione della flebite purulenta, che per lui è la stessa cosa, mentre d'altra parte le operazioni in cui risparmiando il tagliente il chirurgo agisce per legatura, strappatura o cauterizzazione, vanno molto più spesso immuni da questo grave inconveniente. — Quando si considera, dice l'Autore, che sulle superfici di piaghe suppuranti per ferite da taglio, gli orificii delle vene restano affatto beanti, è da meravigliarsi, non che l' infezione purulenta sia così frequente nelle grandi amputazioni, ma che non sia quasi costante. E però egli venne in pensiero di sostituire anche in queste operazioni al bistori qualcuno degli altri suddetti mezzi di divisione. — Per

quanto difficile appaja la soluzione del problema, dopo molti tentativi e molte esperienze sugli animali e sul cadavere, il sig. *Maisonneuve* dice di esservi riescito.

Egli ha immaginato due istrumenti: l'uno detto *costrittore delle parti molli*, l'altro detto *osteoclaste* per fratturare le ossa.

Il primo non è che il serra-nodo di *Graefe* a grandi dimensioni, in cui il filo costrittore è costituito da una corda metallica composta di dieci fili di ferro di un millimetro di diametro.

Il secondo può essere assomigliato ad uno dei soliti cava-turaccioli a vite inguainata, in un paralellogrammo i cui bracci laterali s'impiantano su di una lamina trasversale d'acciajo, che serve di punto d'appoggio alla leva e rappresenta in certo qual modo l'orlo della bottiglia; questa lamina a sua volta appoggia su due piccoli piedestalli di legno aventi una incavatura semilunare alla base. La resistenza, o ciò che rappresenterebbe il turacciolo nel cavatappi, è costituita da due uncini attaccati all'estremità della vite girante fra le due aste laterali, i quali uncini sostengono ciascuno una catena di pochi anelli; l'ultimo di ognuna di esse si articola coll'estremità di una specie di mezzaluna d'acciajo ad orli contundenti ottusi, colla concavità rivolta in alto.

Nel processo operativo si cominciano a fratturare le ossa, poscia a dividere le parti molli. Si eterizza il paziente; si passa la mezzaluna ravvolta in compresse a più doppi sotto all' arto nel punto preciso della frattura, quindi si applicano sulla faccia opposta del medesimo i due zoccoli di legno colla lamina trasversale d' acciajo, in modo che la mezzaluna stia precisamente in mezzo ai due primi; si impianta il paralellogrammo colla vite nel mezzo della lamina d'acciajo; si attaccano ai due uncini le due catene sostenenti le due estremità della mezzaluna; si gira la vite colla manovella che attraversa il suo capo; con ciò la mezza luna trae il membro, tenuto fermo alle due estremità dei due zoccoli, contro la lamina d'acciajo, e l'osso vien fratturato facendo sentire un rumore secco.

Levato questo apparecchio, si passa alla sezione delle parti molli, applicando il serranodo al disotto del punto della frattura 4 o 6 dita trasverse, e stringendo finchè la corda metallica sia arrestata dalla resistenza dell'osso. Quindi col bistorì al disotto della legatura 3 o 4 centimetri si tagliano circolarmente la pelle

e le carni fino all'osso, si rallenta un pò la strettura, si imprime al tronco inferiore dell'arto un movimento di torsione sul suo asse, e stracciandone le aderenze muscolari lo si distacca. Finalmente si compie la sezione delle carni abbracciate dalla legatura, portando la costrizione fino all'estremo limite. Quando l'operazione è stata condotta con una saggia lentezza, dalla ferita non stilla goccia di sangue.

La medicazione è come quella delle ferite contuse. Verso il terzo giorno si fa luogo ad una considerevole tumefazione infiammatoria, quindi alla suppurazione, poi i tessuti si sgorgano, la piaga si deterge e cicatrizza.

L'Autore dice di aver con questo metodo operato sul vivo cinque amputazioni di gamba ed una di avambraccio, e d'aver avuto sei guarigioni compiute, e che per quanto questi fatti siano pochi per poter decidere sulla bontà del suo metodo, pure l'esito fortunato dei medesimi basta perchè debba essere preso in considerazione. (*Gaz. Méd. de Paris*, *N.*° 16 *del* 1858).

Sopra le lesioni violente della colonna vertebrale; *del dott.* Michele Asson, *di Venezia.* — In questa interessantissima memoria l'Autore racconta prima la storia della scienza a questo riguardo, poscia 7 fatti da lui osservati, finalmente giunge alle considerazioni, fra le quali meritano di venir ricordate le seguenti: e cioè che la diagnosi delle fratture delle vertebre non è sempre facile a conseguire: anzi riesce spesso impossibile raggiungerla, per la via dei segni fisici, o sensibili comuni alle fratture; che il determinare con più o meno precisione la qualità dell'offesa non è necessario fuori dei casi, in cui sia mestieri operare qualche tentativo di riduzione, o estrarre qualche frammento che irriti e comprima lo spinale midollo; che la mutazione anatomico-patologica del centro midollare non corrisponde sempre in gravezza a quella de' sintomi; che nelle varie porzioni della spina i sintomi si appalesano, meno qualche eccezione, abbastanza conformi ai dettati della fisiologia; che finalmente poco può dirsi in quanto alla corrispondenza tra la condizione patologica del cilindro nervoso spinale e i sintomi per riguardo alle particolari funzioni assegnate da' fisiologi ai singoli fasci, onde è composto il mentovato cilindro. (*Gazz. med. Prov. Venete e Bibl. it. delle sc. med. Anno* 1.° 1858).

Di una speciale e finora non conosciuta maniera di agire posseduta dalle così dette polveri temperanti del Frank; *del dott.* Ranieri Bellini *di Pisa.* — Il dott. *Bellini*, il prof. *Bartolini*, il dott. *Pugli* hanno osservato che gli sputi emessi dai malati di catarro bronchiale, e a cui amministravansi le polveri temperanti del *Frank* (cremor di tartaro e nitro), dopo essere stati alcun tempo in contatto dell'aria, perdevano il color bigio loro proprio e ne assumevano uno giallo più o meno aranciato. Questo coloramento cessava tosto che le polveri non venivano più date; nè accadeva qualora il cremor di tartaro e il nitro fossero amministrati separatamente, ovvero insieme, ma in dose tale da produrre la catarsi. Cimentati poi col prussiato di potassa e con altri reattivi, quegli sputi gialli svelavano che ferro in loro contenevasi. Pare quindi al dott. *Bellini* che le polveri temperanti del *Frank*, favoriscano e promuovano l'eliminazione del ferro dall'animale organismo, e ciò, sia svincolando dalle unioni molecolari quel ferro che già faceva parte degli elementi organici, sia invece opponendosi all'aggregazione di quello che venuto dal di fuori entrare doveva a far parte del composto organico. (*Ibid. dal Tempo, vol* 1.° 1858).

Uso del cloroformio contro il vomito dei tisici: *del dott.* M. C. Baron. — Dodici goccie di cloroformio in 120 grammi di siroppo da prendersi nelle 24 ore sarebbero sufcienti a sospendere il vomito provocato dalla tosse nei tisici. — In tutti i casi in cui egli ha esperimentato questo rimedio, ebbe un esito costantemente felice. L'Autore proporrebbe anche *gratia saporis* di far preparare a tale scopo le perle di clorformio, nello stesso modo che si fa coll'etere. (*Gaz. méd. de Paris, N.° 7 del* 1858).

Dell'anestesia applicata all'ostetricia; *del dott.* Ippolito Blot. — Riportiamo le conclusioni di questo interessante lavoro del sig. *Blot*, da esso prodotto come tesi di concorso per l'aggregazione in chirurgia (Parigi, 1857), perchè relative ad una questione tuttora agitata fra i pratici, e perchè, a dichiarazione di giudici competenti, saggiamente concepite e formulate:

1.° L'anestesia può attenuare e ben anche sopprimere i dolori del parto, senza sospendere le contrazioni dell'utero, nè quelle dei muscoli addominali, sebbene indebolisca la resistenza muscolare del perineo. — Questo risultato sperimentale è parimenti la conseguenza razionale del meccanismo fisiologico dello sforzo posto sotto la dipendenza dei nervi respiratorii.

2.° Finora l'anestesia non parve esercitare veruna sinistra influenza tanto sulla vita o la salute della madre, quanto su quella del feto.

3.° Nondimeno, siccome l'esperienza ha dimostrato ai chirurghi che gli anestetici *potevano*, in causa di suscettività individuali, produrre accidenti gravi e la morte, anche amministrati a piccole dosi, è razionale e prudente il riservarne l'uso per certi casi, alcuni dei quali possono essere antecedentemente specificati, ed altri si lascieranno al giudizio, al tatto, all'intelligenza dell'ostetrico.

4.° L'anestesia è indicata nei parti dolorosi, laboriosi e complicati, come pure in tutte le operazioni ostetriche che debbono accrescere il dolore del parto spontaneo. Bisogna astenersene nei parti naturali, semplici, i quali non sono accompagnati che da un dolore moderato, tollerabile ed efficace.

5.° I fatti noti sino ad ora sono in favore dell'uso dell'anestesia contro le convulsioni puerperali (eclampsia).

6.° Meno indicato ne è l'uso nella alterazione spasmodica e tetanica dell'utero; dapprima, perchè in questi casi riesce generalmente impotente; secondariamente, perchè il grado a cui si dovrebbe elevare, secondo lo stesso *Simpson*, per ottenere il desiderato effetto, è troppo grave di pericoli, essendo sui limiti della vita e della morte.

7.° Gli anestetici non debbono essere amministrati che dai medici.

8.° Essi debbono venir adoperati a dose moderata, e in modo da non indurre la perdita totale dei sensi.

9.° Quando, per qualsiasi motivo, una donna ha dovuto assorbire una grande quantità di cloroformio, bisogna sorvegliarla attentamente durante le ore consecutive all'anestesia, e tenersi in guardia contro le sincopi consecutive.

Degli effetti della coffeina sul sistema nervoso degli animali; *del prof.* Hoppe, *di Basilea.* — Dalle esperienze istituite sulle rane, *temporaria* ed *esculenta*, ottenne l'A. i seguenti risultati:

1.° La coffeina non esercita sui nervi una stimolazione favorevole; al contrario, essa li paralizza.

2.° Essa li paralizza energicamente e prontamente.

3.° Il senso è paralizzato più presto e più fortemente del moto; ma non egualmente in tutto il corpo, poichè la sensibilità della testa, e principalmente degli occhi, si conserva più a lungo che in tutte le altre parti.

4.° Il midollo spinale vien spento prima del cervello.

5.° I nervi sono paralizzati, in parte dal sangue, in parte dal midollo spinale. La paralisi centrale, cioè dal midollo spinale, è più grave e più rapida; la paralisi centrale insieme e periferica (cioè dal midollo e dal sangue) è più debole; finalmente, la paralisi puramente periferica (cioè dal sangue, senza veruna influenza del midollo), è la più debole. Così dunque, poichè la paralisi centrale insieme e periferica è più debole della paralisi puramente centrale, bisogna che esista in quest'ultimo caso una causa periferica, che diminuisce la nociva influenza del midollo spinale.

6.° La coffeina eccita i muscoli coi quali è posta in contatto diretto, ed anche quelli ch'essa non tocca immediatamente; poichè la rigidità osservata ai muscoli delle braccia e delle gambe, non risulta da una azione centrale, ma bensì da un'azione diretta della coffeina assorbita e trasportata dai vasi dei muscoli. — Questa rigidità si mostra minore nelle parti in cui i nervi conservano maggior forza, per es., nella regione dei nervi tagliati.

7.° La coffeina paralizza i muscoli un pò più tardi dei nervi, pure la differenza non è considerevole.

8.° Queste esperienze dimostrano che la irritabilità dei muscoli è sotto la dipendenza dei nervi; perchè nell'avvelenamento delle rane con amputazione d'una delle gambe senza il nervo, non solamente i nervi, ma anche i muscoli di questa gamba, muojono più presto di quelli dell'altra.

9.° Non sopraggiunsero convulsioni che in una sola esperienza, nella rana esculenta. (*Écho méd. Suisse, N.*° 8 *del* 1858).

Sull'uso dei clisteri purgativi nella cura del catarro uterino; *del dott.* Aran. — Ecco la formola dell'Autore, che non intende aver trovato uno specifico, ma soltanto un mezzo utile nella maggioranza dei casi. Pr. *Aloe, Sapone med. ana* 5 *a* 10 *grammi, acqua ferv.* 100. — Questo clistere si dà tutti i giorni o ad ogni due giorni, la sera coricandosi, dopo un clistere semplice d'acqua tepida, somministrato per isbarazzare l'intestino. Altri purganti drastici o salini, sperimentati dall'Autore, hanno diversi inconvenienti, che non ne permettono l'uso. In ogni caso è da osservarsi quanto ne sia scemata l'azione purgativa, allorchè vengono propinati per clistere. (*Bull. de thérap.*, *N.*° 5 *del* 1858).

Riassunto delle esperienze fatte sull'aria, l'ossigeno, l'azoto, l'acido carbonico e l'idrogeno, injettati nel tessuto cellulare e nelle cavità sierose; *dei sigg.* Demarquay *e* Leconte. — Dai fatti numerosi contenuti nella loro Memoria gli autori si credono autorizzati a conchiudere:

1.° L'aria, l'azoto, l'ossigeno, l'acido carbonico e l'idrogeno non producono alcun nocevole effetto quando vengano introdotti nel tessuto cellulare sottocutaneo o nel peritoneo.

2.° Tutti questi gas sono riassorbiti dopo un tempo più o meno lungo con una rapidità che varia dai 45 minuti (acido carbonico) a più settimane (azoto). La rapidità dell'assorbimento si è sempre manifestata nell'ordine seguente: acido carbonico, ossigeno, idrogeno, aria, azoto.

3.° Un gaz qualunque, injettato nei tessuto cellulare o nel peritoneo, determina costantemente una esalazione dei gas contenuti nel sangue e nei tessuti.

4.° Un'injezione di gaz qualunque dà luogo a delle miscele più facili a riassorbire del gaz meno riassorbibile che vi si contiene; di modo che il riassorbimento di quest'ultimo non comincia che quando esso è già misto in certe proporzioni cogli altri gaz esalati.

5.° L'esalazione del gaz dal sangue e dai tessuti è stata più considerevole nelle esperienze fatte durante la digestione che nel-

le esperienze fatte a digiuno, e più ancora nel peritoneo che nel tessuto cellulare.

6.° La rapidità dell'assorbimento non parve modificata dallo stato di *digiuno* o di digestione.

7.° Di tutti i gaz injettati l'idrogeno è quello che determina l'esalazione più rilevante di gaz dal sangue, a questo punto che quando l'idrogeno è già scomparso dalla miscela, l'animale conserva ancora il volume che presentava al momento dell'injezione, ciò che potrebbe far credere al non assorbimento dell'idrogeno, se l'analisi chimica non chiarisse il fenomeno.

8.° La rapidità di riassorbimento dei gaz dal sangue non è sempre in rapporto colla loro solubilità nell'acqua (azoto, idrogeno).

9.° Se nelle injezioni d'aria nel tessuto cellulare e nel peritoneo ha sempre luogo assorbimento d'ossigeno ed esalazione d'acido carbonico, ciò che, sotto questo rapporto, ravvicina questo fenomeno alla respirazione polmonare, tuttavia questi due fatti fisiologici non si potrebbero considerare come identici; poichè, nel caso delle injezioni, i rapporti tra l'acido carbonico esalato e l'ossigeno assorbito variano costantemente. (*Gaz. méd. de Paris*, *N.°* 16 *del* 1858).

Sull' azione dell' olio di fegato di merluzzo; *del dott.* Smith, *medico all' ospedale dei tisici.* — Scopo di questa Memoria è di segnare i giusti limiti d'azione dell'olio di fegato di merluzzo,

Secondo l'Autore nessuno dei molti elementi di cui esso va fornito ha tale virtù cui potersi riferire tutti i vantaggi da esso ricavati.

Il jodio vi é contenuto nelle proporzioni di $^{3}/_{100}$ di grano, il fosforo di $^{1}/_{100}$, l'acido fosforico di $^{1}/_{20}$, il ferro vi si trova in proporzione non valutabile, la soda nella proporzione di $^{1}/_{100}$, la sostanza biliare di $^{1}/_{20}$.

Gli elementi che più abbondano sono l'oleina, la margarina, la glicerina ed a questi elementi grassi l'Autore vuole riferire i vantaggi avuti dall'uso dell'olio di fegato di merluzzo.

Onde provare l'azione dei grassi l'Autore instituì degli esperimenti, nutrendo i suoi malati per tisi con differenti grassi di uso

comune, e ne conchiuse che i tisici non appetiscono le sostanze grasse come nello stato fisiologico.

Egli si formò un' idea particolare sull' influenza della tisi in rapporto alla digeribilità dei grassi. In questa malattia il paziente dimagra perchè avendo egli perduto l'appetito pei grassi non si nutre di essi e quindi l' organismo non riceve più quella quantità che gli si conviene e che gli è necessaria.

L' azione favorevole dei grassi e dell' olio di fegato sarebbe quindi dovuta al sostituire essi quella quantità di grasso di cui l'organismo viene privato in causa della malattia in corso.

Un' altra proprietà importante dell' olio di fegato di merluzzo si è la sua viscidità, la quale aderendo alla mucosa faringea, la preserva dalla continua irritazione indottavi dall'atmosfera.

L'Autore riassume nei seguenti capi i vantaggi avuti dall'olio di fegato nella tisi.

1.° Non guarisce la tisi.

2.° I casi in cui la malattia si sospese sono assai rari.

3.° Pel solito la malattia progredisce.

4.° In quasi la metà dei casi il progresso della malattia è rallentato.

5.° I malati indicano che sotto l' azione del detto olio si trovano più robusti e più energici.

6.° Quando esso dispiace, ciò dipende principalmente dalla sua influenza sopra gli organi digestivi.

7.° Quando piace, esso migliora principalmente la nutrizione.

8.° L'azione locale si limita alla mucosa della faringe e dipende dall'azione diretta.

9.° Esso agisce quasi esclusivamente somministrando il grasso quale nutriente.

10.° Sotto questo rispetto esso non ha vantaggio sopra gli altri grassi.

11.° Vi sono molti casi in cui non apporta alcun giovamento.

Pel solito esso è tollerato in tutti i casi ove si aggradisce ogni altra specie di grasso. (*Edinburgh med. Journal*, *gennajo* 1858).

Sull'azione medicinale della luppolina; *del dott.* Jauncey. — La luppolina è fornita di un olio volatile; solubile par-

zialmente nell'acqua, o totalmente nell'alcool o nell'etere. Quest'olio costituisce la parte più importante della luppolina.

L'azione di quest'olio è sedativa ed anodina senza essere narcotica. A dose generosa la luppolina abbassa il polso da 20 a 30 battute al minuto, induce dolori di testa, nausea; a dose piena agisce come diuretico, calma gli stimoli venerei. I vapori di luppolina producono gli stessi effetti sul polso, sul capo. Gli altri principii contenuti nella luppolina, per es., il tannino, la materia estrattiva, l'humolina o lupulite non hanno l'azione sedativa cui volevano attribuire altri autori. Fra i coltivatori del luppolo credesi che esso abbia un'azione nel determinare il parto alla vacca — l'Autore non potè constatare quest'effetto sulla donna.

Egli esperimentò questo farmaco in parecchie malattie. Con vantaggio l'usò nelle affezioni intestinali, nella pirosi combinandolo al bismuto, nella dispepsia da oxaluria combinato agli acidi minerali — nella sciatica, nei disordini del sistema nervoso, ninfomania, priapismo, nelle blennorragie, anuresi notturna, nei dolori del cancro uterino, nei dolori renali delle leucorroiche.

La dose da propinarsi può esser di 10 grani ogni mezz' ora senza risvegliare sintomi incomodi. Si può usarla in sostanza, in estratto alcoolico.

Il vantaggio che presenta questo farmaco a confronto degli altri anodini, si è di non infievolire la forza digerente, ma anzi di aumentarla per la presenza dei principj tannici.

Somministrandola in natura, si può farlo in pillole, ovvero in polvere. (*Ibid.*, *febb.* 1858).

Solfuro di calcio per la cura radicale della tigna; *del prof.* Malagò *di Ferrara.* — È il solfuro di calcio bibasico che il prof. Malagò annuncia di avere adoperato con successo in sei malati, di tre a dodici anni, nello spedale civico di Ferrara, e l'effetto fu così radicale che una sola applicazione bastò, e in due casi soltanto il curante si è veduto obbligato a ripeterne l'applicazione dopo alcuni giorni.

Questo medicamento vuol essere applicato con grande circospezione, sotto forma di una pasta molle e calda, mediante un pennello. Esso ha un'azione caustica; nel caso di favo disseminato bisogna metter ben attenzione di non estenderne sulle parti sane del cuoio capelluto.

Prima di applicare la pasta, che deve essere calda, si radono i capelli; la pasta si lascia agire da 6 a 8 minuti, durante i quali i malati non sentono alcun dolore, poi mediante lozioni praticate con un altro pennello bagnato in acqua pura o con compresse bagnate si levano fino alle ultime traccie del topico.

Il rimedio si compone di solfuro di calcio secco e di calce recentemente estinta, e ridotta a molle consistenza; l' unione di queste due sostanze dà luogo al sale di calce bibasico di cui si tratta. Il miscuglio del solfuro colla calce deve esser fatto a caldo e poco tempo prima dell' applicazione del rimedio, perchè il detto solfuro si solidifica raffreddandosi. (*Annali di Chimica, nov.* 1858).

CRONACA

Delle condizioni dell' esercizio medico in Lombardia, in Sardegna, a Vienna. — Le Condotte medico-chirurgiche; il Pio Istituto di soccorso dei medici e chirurghi di Lombardia. — L' Associazione generale di previdenza e di mutuo soccorso dei medici della Francia. — Casi pratici di morale applicata. — L' istruzione letteraria pei candidati in medicina. — Caso controverso di medicina legale.

Quell'alacre ingegno di *Odoardo Turchetti*, che va con calorose parole eccitando gli italiani a rispettare sè stessi, ad essere ippocratici, ad aver fede nel proprio genio, ch' è l'antico genio italo-greco non ancora estinto fra di noi, rallegravasi poco stante in una sua lettera al dottor *Borelli*, redattore della Gazzetta medica italiana, Stati Sardi (N.° 43), del nuovo e prospero indirizzo che le faccende mediche hanno preso in tutti i governi d'Italia e specialmente nel Lombardo-Veneto. — Migliore aurora sarebbe a suo dire già sorta in Lombardia: il tuonare d'uomini attivi, solerti, reputati, l'energia dell'Istituto d'incoraggiamento in Milano, e più che

tutto la magnanimità di alcuni magistrati avrebbero prodotto il felice cambiamento. Qui si sarebbe prossimi a raggiungere l'età dell'oro in medicina.

Oh! come la lontananza fa comparir bella ogni cosa e tutto allieta di rosee tinte! Come negli uomini di buona volontà il desiderio si confonde col fatto, e pari alla realtà si ritengono gli avvenimenti aspettati. Ci è amaro il dirlo, ma le parole del dottor *Turchetti* non suonano altro per noi che un voto, un augurio pietoso. Le pubblicate provvidenze imperiali aspettano ancora la loro attuazione, e se il Sovrano Rescritto del 16 luglio col quale si approvavano in genere le proposte fatte a migliorare la condizione dei medici condotti, destò la speranza e la gioja nell'animo di tanti confratelli -- il tempo trascorso, le voci sinistre, certe nubi qua e là spuntate sull'orizzonte, moderarono di molto il primo impeto di allegrezza e fecero pensare sul serio alla possibilità di una sconfitta. Noi non ci crediamo ridotti a sì mal passo e non possiamo supporre che si osino paralizzare gli effetti della Suprema volontà moderatrice dello Stato, con meschine opposizioni. Pure un partito avverso alle riforme esiste, e si agita e si arrovella a mandar frustrate le nostre legittime aspettazioni. E se dobbiam credere alle apprensioni del dottor *Acquanio*, manifestate nella Gazzetta medica Lombarda (N.° 39 e 43 del 1858), ai medici-condotti attualmente esercenti sovrasterebbe il grave pericolo di vedersi esclusi dal diritto a pensione per gli anni consumati al servizio dei Comuni sotto l'inviso dominio dell' antica legge; e si oserebbe elevare una protesta contro l' ordinanza che sta elaborandosi, atto di riparazione e di giustizia.

E perchè tanta ostilità? D' onde la profonda inimicizia? Noi non sappiamo derivarle se non se dal genio del male, da quel cattivo genio che sotto il manto ipocrita della legalità e della economia, avversa ogni progresso nelle nostre istituzioni. Perchè la nostra eletta professione, inspirata dalla vera carità evangelica, non mercanteggia i proprj favori, ma li profonde largamente a tutti; perchè il ricco ed il povero sono eguali per essa in faccia al dolore, come in faccia alla morte; perchè il continuo spettacolo delle altrui infermità ci fa essere gli avvocati degli indigenti, i tutori della pubblica salute, i promotori delle riforme igieniche, e ci

rende tolleranti d'ogni fede, d'ogni opinione, ci chiaman liberali, e così stigmatizzati ci additano al sospetto ed alla diffidenza del potere. Ma non son queste le armi che i tempi consentono, e ci è per avventura permesso di onorarci altamente alla luce del giorno di un liberalismo, esteso quanto il concetto della umanità, e tale da farci soccorrere il nemico sul campo istesso di battaglia. — Ma che voglion da noi, che pretendono gli oscurantisti? Essi ci vogliono miserabili, quindi soggetti; bisognosi, quindi privi di considerazione; diseredati d' ogni diritto, quindi soccombenti sempre nella lotta fra la civiltà e lo spirito retrivo. Ecco cosa vogliono, come ci vogliono. Noi l'abbiamo detto senza ambagi, sicuri di averlo indovinato.

Dato che le faccende stiano in questi termini, rotto un momento il silenzio che ci era comune colle Gazzette Veneta e Lombarda, e lanciate sul loro esempio le nostre proposizioni, noi ritorneremo all'antica aspettativa. La nostra fiducia nell' avvenire è inalterabile. La istituzione delle condotte abbisogna per sussistere d'una riforma, senza la quale sarebbe gravemente compromessa. Reclamata dai medici, essa è omai imposta dalla necessità. La diminuzione del personale sanitario e la mancata concorrenza, sensibile in molte plaghe del paese, non può a meno di obbligare i Comuni ad assicurarsi il servizio medico-chirurgico, proponendo migliori condizioni ai rari aspiranti. Già vediamo parecchi medici condotti, stanchi dell'improba fatica così mal rimeritata, abbandonare i Comuni rurali e ritirarsi alla città, ove riempiono i vuoti prodotti dalle morti e dalla emigrazione dei giovani. E molte e molte modificazioni progettate nell'impianto e negli onorarii delle condotte attendono a realizzarsi la pubblicazione del nuovo regolamento organico, che deve più equamente stabilire i diritti e i doveri degli esercenti e dei Comuni. Tal che, a nostro credere, un passo in addietro è attualmente impossibile, e forza è il progredire, e dare in qualche modo soddisfazione anche al bisogno presentaneo ed imprescindibile, il quale fu quello che — secondo l'energica espressione del dott. *Coletti* — levò alta la voce. *(Sulla riforma delle condotte mediche; Gazz. med. It. Prov. venete, N.° 14 del 1858).*

Rimangono a realizzarsi le innovazioni promosse dalla Società d' incoraggiamento di scienze, lettere ed arti in Milano, perchè

dessa si meriti le congratulazioni del dottor *Turchetti* e la riconoscenza nostra. Ma finora quella onorevole Compagnia ha intavolata la questione e accumulati gli elementi per risolverla, senza pronunciarsi. Bene e regolarmente constatato coi rapporti *Strambio*, che abbiamo già avuto occasione di citare, che noi siamo un branco di miserabili e che la patria nostra ci è per nostra colpa, per massima colpa, matrigna, essa ha interrogato i sapienti della terra sul da farsi, e sui loro responsi concreterà le proprie decisioni. Noi le aspettiamo a braccia aperte, pronti ad accettarle e ad appoggiarle quali che siano, purchè semplici, chiare, praticamente applicabili. E ci auguriamo che non sia l' attender lungo, quasi da un'emula delle lentezze burocratiche.

Frattanto l'attenzione è generalmente eccitata sopra argomenti di vitale interesse. Le poche parole che noi vi abbiamo speso intorno nella Cronaca dell' aprile, ci valsero da molte parti espressioni di encomio e di incoraggiamento, che noi conosciamo di non meritare, ma che accettiamo come ricognizione del nostro buon volere. Ci furono parimenti innoltrati in gran copia voti, progetti e reclami, di cui ci è caro prender notizia, ma che tacitiamo per intero, per non avviluppar la questione già esplicitamente posata e prossima ad una soluzione. Di progetti ve n'ha sempre a dovizia, ma non così abbondanti sono le viste pratiche, le quali si propongano uno scopo prontamente attuabile, fatto scaturire dalla condizione istessa delle cose. Perciò fra tanti documenti scegliamo due soli, pervenutoci l'uno dall'Isola di Sardegna, l'altro elaborato da un nostro amico e collaboratore, su materiali tratti dal *Giornale Austriaco di medicina pratica.*

Quella solidarietà che unisce fra di loro in una sola famiglia tutti i membri della repubblica medica e li fa compartecipi non solo della vita scientifica ed intellettuale, ma ben anco delle condizioni e degli interessi professionali, renderà non discara ai lettori italiani e stranieri la seguente lettera del dottore *Gavino Spano*, da Tempio, in Sardegna, che ci dipinge al vivo lo stato sanitario di una porzione del nostro bel paese:

« Chiarissimo sig. Dottore. — Lessi con sommo soddisfacimento l'articolo del pregiatissimo periodico ond' Ella è Direttore, riguardante la riforma delle condotte mediche, degli onorarii, e sulla

instituzione di Società medico-chirurgiche. Son questi invero i tre fonti vitali onde scaturisce ogni bene, ogni prosperità. Le condotte mediche saggiamente sistemate tutelano la vita di mille popolazioni lontane dai centri, e per esse si compie all'altissima legge umanitaria: « a tutti, a tutti soccorso, dall'agiata casa del cittadino fino all' umile casa del pastore ». Il sistema legale degli onorarii pei medici sarebbe una delle leggi più sapienti. L'onorario assicura al professante la medica scienza un vivere onorificamente agiato, lo toglie dallo stato d'incertezza e (quello che è più d'ogni altra cosa a deplorare), da una condizione puramente precaria. A qual occhio poi possono sfuggire gl'incalcolabili beneficii, di cui sarebbe feconda a bene dell' umanità e dell' arte l' instituzione di Società medico-chirurgiche? Progresso della scienza, più ampia, reciproca instruzione, poichè fatte comuni le idee e i trovati individuali, generosa gara di studio, fratellanza, unione tra i figli della stessa scienza.

Nel continente forse queste tre fonti vitali sono dischiuse alla pubblica prosperità; ma se gettiamo lo sguardo sulla face di quest'isola, vediamo dolenti l'arte medica divenuta incerta, senza norma e regime, venduta, avvilita, assorta nella sfera del ciarlatanismo. Di mediche condotte non si parla neppure in quest' angolo settentrionale dell' isola, nella Gallura, e la stessa parola suona nuova. Sonvi dei Comuni privi affatto d'ogni medico soccorso. Aggiungi una circostanza assai grave, che dovrebbe svegliare l' attenzione delle autorità amministrative. I pastori della Gallura che montano ad 11,257 sull' intiera popolazione di 23,569, contribuiscono tutti per la profilassi del vajuolo, Ma qual'è il medico che v'è destinato per innestarlo a quelle popolazioni, distantissime tra loro e dal capo-luogo? Nessuno, e invano giustizia reclama i suoi diritti. Che se si ha riguardo alle condizioni dell'arte salutare tra i medici, particolarmente in questa provincia, v' è davvero da lamentare la mancanza d'una legge provvida, che ponga fine a mille inconvenienti. Troppi medici si versano in un sol centro; la popolazione è piccola; il numero dei medici è in sproporzione. Ognuno d'essi cerca, si studia, per vivere onestamente all' ombra dell' arte. Ma tutto ciò con una gara che non è certo quella che dovrebbe onorare l'arte d'*Esculapio*. L'emulazione è la prima molla degl'ingegni; e felici noi se ne avessimo il vero spirito. Ma di-

sgraziatamente l'emulazione tra i medici di quest'isola, soprattutto di questa provincia, degenera dal suo salutare principio, e diventa gelosia, bassezza, invidia, stimolo a persecuzioni e soprusi.

A questi mali se ne aggiunga un maggiore: il ciarlatanismo di molti. In ogni scienza è perniciosissima la razza malefica degli impostori, che solo hanno piena la testa di nomi, e l' intelletto è vuoto di cose. Il volgo spesso resta abbagliato dalla loquacità di chi più ciancia. La Sardegna ha nel suo seno questa peste, e i buoni coltivatori della casta medica, di cui detta isola molto per altro abbonda, sono spesse volte perseguitati dalla razza degenere, e i principii retti della scienza traboccano al male del capriccio. Tra molti e molti nessuno ha una carta che lo qualifichi idoneo all' esercizio dell' arte. Affamati avventurieri fanno mercato sulla buona fede del popolo e spesso si fanno assassini di chi alle loro cure si affida. Ciò quanto nuocia alla scienza, al credito di essa e all'economia medica, di leggieri si rileva. La medica scienza non è cosa sì superficiale da capacitarsene ognuno. Può bene l'impostura palliarla d'un manto che non le è proprio; ma essa è cosa sublime, e nessuno accede al santuario di lei se non prima d' aver compiuto un lungo stadio di fatiche e di stenti. Uomini, cui è solo appena nota la virtù di qualche pianta, uomini che si avvisano assoggettarsi la macchina umana a qualunque mano la palpi per sanarla, ignari che dessa è una complicazione d' inestricabili misteri, governano spesso le sorti dell' umanità, e popolan le tombe di vittime infelici. Quel che poi più doloroso si è, che le autorità amministrative, conscie per altro di tanto deplorabile abuso, non pensano porvi riparo. Questa colpevole indolenza e noncuranza sparge ancor più il discredito su i medici, e dà maggior ansa e boria agli impostori e girovaghi ciarlatani. Sì, recenti esempj si hanno di questo scandalo, e abbiamo a deplorarlo altamente. Invano levan reclami i medici addetti alla pubblica igiene; invano, i lor reclami non valgono a convincere i signori intendenti, che si domanda un diritto di giustizia a nome dell' umanità.

Per colpa pure delle amministrative autorità abbiamo a lamentare un altro scandalo più grave ancora, poichè trae seco mille conseguenze fatali alla vita dei cittadini. Vi hanno certe donne, che pare abbiano avuto segrete conferenze con *Esculapio*,

come un tempo Numa colla Dea Egeria: par così; perocchè ti schiccheran mille teorie, vecchie sempre, e per loro sempre nuove, teorie che ti fan ridere proprio di cuore. La loquacità è conforme al sesso, aggiuntavi la dose dell'orgoglio delle saputelle. Esse ti dicono meraviglie di certe guarigioni da lor praticate, nè si stancan di dirti e ripeterti, che il primo medico non vi sarebbe riuscito. Esse esercitan la clinica a modo loro. Qualunque malattia si affacci, hanno sempre in pronto uno specifico infallibile. Sia la malattia complicatissima, per loro è la più semplice; e così argomenta per controverso; sia la piaga la più profonda e pericolosa, non ne fan meraviglia; pestano erba, applicano, fasciano, visitano, chiaccherano, e l'ammalato lo ajuti il cielo. Alcuni casi datisi in loro mani di pronta ed inaspettata guarigione, forse operazion della stessa natura, coadjuvata dall' influenza morale della esercente e dalla fede del sofferente, hanno dato credito alle ciance di questi medici in gonna. Tali abusi fatali si hanno ancor più a deplorare in quei Comuni ove un medico non v'è. Una savia legge a quanti mali non riparerebbe?

Non meno di queste donne che si piccan di medicina sono fatali certi farmacisti e flebotomi. Molti di questi, profittando della nulla sorveglianza delle leggi per tutelare le vite cittadine, si fanno lecito propinar medicamenti a chiunque ne faccia loro richiesta, trattar malattie interne ed esercitare l'alta e bassa chirurgia senza norma nè regola, e talvolta scendono fino alla bassezza del barattare.

Per tutte le accennate cause la medicina appo noi è caduta nel fondo dell'abbiezione, la scienza è divenuta una speculazione degli scioli, e l'umanità soffre i tristi effetti della ignoranza di mille, che medici indegnamente si nomano. A tutti questi mali riparar può solo una sapiente legge, la quale determini le condotte mediche, diffonda in tutti gli angoli delle popolazioni gli influssi salutari dell'arte, renda onoratamente agiata l'esistenza degli esercenti, nè più durino nell'umiliazione d'una vita precaria; tolga di mezzo i pseudo-medici, peste e piaga dell' umanità, vitupero della scienza; stabilisca delle Società in cui si discutino le questioni più vitali, che riguardano la pubblica igiene. Il Governo allora avrà adempito ad uno dei suoi più solenni mandati, a quello cioè di proteggere e tutelare la sanità cittadina. Le vite dei cit-

tadini son care e sacre, elle sono il nerbo della nazione, sono la stessa nazione ».

La vastità delle piaghe rivelateci dall' onorevole collega della Sardegna, la elevatezza dei suoi intendimenti, la pratica efficacia delle misure proposte, non hanno bisogno dei nostri commenti per richiamare sovr'esse gli sguardi di chi può mettere un argine allo ingigantire del male. Il ciarlatanismo, antico verme divoratore dell'albero della medicina, va combattuto con tutte le armi legali che sono in nostro potere. Le condotte medico-chirurgiche, frutto spontaneo della civiltà nostra, devono in Italia diffondersi, accrescersi, perfezionarsi, funzionare come la migliore fra le istituzioni di beneficenza, propagando dovunque ed applicando eziandio i precetti dell'igiene. Trascurate fra noi, o lasciate languire per difetto di opportune riforme e provvidenze, esse sono imitate ed invocate da altri popoli, come una misura radicale atta a sollevare la medicina dalla concorrenza disastrosa delle città e a spargerne il balsamo fra le genti della campagna, ancora sprovviste di medico soccorso, o abbandonate in balìa dell'avido ed ignorante empirismo.

Mentre lo scoraggiamento invade i nostri colleghi dei distretti rurali, parecchi dei quali son giunti a dubitare della bontà persino della causa cui servono, e a proporre lo scioglimento totale del contratto che li avvince ai Comuni, vediamo con soddisfazione invocata la istituzione delle condotte in alcune provincie dell'Austria, ov' essa rimase sinora completamente sconosciuta, e fatta il perno del risorgimento della professione. Udiamolo colle parole dei dott. *Chrastina*, a noi trasmesse in compendio da una amabile scritta del dott. *Giorgio Rotondi*:

« Carissimo collega ed amico. — Se Italia piange, l'Austria non ride: se la tua voce suonò lamentevole nella sempre ben accetta Cronaca dei tuoi Annali: se lo *Strambio* colla sua pregiata Gazzetta promulgò le piaghe che rattristano la condizione dei medici, principalmente della campagna, e si recava a farle note colà da dove ne può venir concessa una qualsiasi medicazione — anche i periodici della capitale dell'Austria non ristarono dall' intuonare lamenti sul triste stato degli interessi materiali del personal sa-

nitario, e dall'invocare necessarii provvedimenti. Avanti tutti il dott. *Krastina* inaugurò i primi numeri del Giornale Austriaco di medicina pratica con una Memoria relativa alle attuali condizioni dei medici in Vienna e nella campagna, facendo meraviglie come in Austria, nella quale da un decennio si riformava e rimaneggiava ogni ramo amministrativo e giudiziario, non siasi ancor pensato ad avvantaggiare lo stato sanitario, questo potente fattore della vita sociale. Attendibili sono le parole di lui, che per dieci anni esercitò l'arte salutare in campagna e per altri dieci in città, di lui che i fatti non altera, ma li avvalora e li rende evidenti con cifre ufficiali, tolte da autentici tavole della Facoltà medica. Ed appunto per ciò che sono cifre, non m'accontento del solito nostro amichevole conversare, ma per iscritto te le affido, quali egli ce le porge.

Il dott. *Krastina* incomincia ad esporre i rapporti fra l'antico e l'attuale numero dei medici in Vienna: nel 1838 questa città, ricca di 400,000 abitanti, contava 300 dottori (perciò un dottore su 1333 individui) e 130 chirurghi, in tutto il personale sanitario sommava a 430, quindi nel rapporto di uno a 930 abitanti: nel 1844 in Vienna eranvi 400 medici, per la fine del 1850 crebbero a 500, ora nel 1858 sono 550, mentre la popolazione non è maggiore di 500,000, sì che v' ha un medico sopra 900 individui; se ad essi arrogi i 130 chirurghi, si hanno 680 esercenti, cioè uno sopra 735 abitanti. — In 20 anni la popolazione di Vienna crebbe di un quarto, ed il numero degli esercenti l'arte salutare quasi del doppio. Tale sproporzione il dott. *Krastina* l' aggiudica in parte al fausto avvenire di cui vennero lusingati i medici quando imminente stava sul popolo il pericolo della prima epidemia cholerica, per cui molti giovani volonterosi dedicaronsi agli studii di medicina, ed in parte alla triste condizione dei medici della campagna, come più sotto viene a dimostrare. Se l'aumento nel numero dei medici fosse proceduto di pari passo con quello della popolazione, i bisogni di questa sarebbero stati sufficientemente soddisfatti, dacchè nel 1838, allorchè dessi erano 300 e gli abitanti 400,000, non consta che siavi stata lagnanza d'insufficienza di personale sanitario, nè che questo, o fosse sopraccarico di lavoro, o tanto meno soffrisse nelle materiali bisogna. Ben diversamente stanno ora le cose; il dott. *Krastina* as-

sicura che attualmente in Vienna ben pochi sono i medici in grado di mantenere convenevolmente la propria famiglia coll'esercizio loro, li dice *rari nantes in gurgite vasto*: i più, se non sono altrimenti provveduti, a stento danno passo alle spese giornaliere, molti non hanno lavoro e mancano del necessario. — Tal triste fatto facilmente si spiega qualora si consideri che in Vienna da qualche tempo muore all'incirca una dozzina di medici all'anno e ne sopraggiungono trenta di nuovi, sicchè ogni anno v'ha la preponderanza di venti, che in dieci anni è di 200, in 20 anni di 400. A che deve ciò condurre se la popolazione non cresce in eguale rapporto? Lodevole, desiderabile è l'Istituto di mutuo soccorso che si va proponendo, ma desso sarà insufficiente all'irruente bisogno (noi non possiamo che esserne persuasi); d'altronde, non è tanto facile la formazione del necessario fondo, a cui ben poco ponno contribuire i medici, ai quali in ispecie è fatto appello, meno poi ancora il restante pubblico, che grande interesse non pigliasi pel nostro bene materiale. Sotto tale riguardo i chirurghi sono ben più fortunati: il loro stabilirsi è collegato a certe condizioni alle quali non ognuno può soddisfare: dessi o devono qualificarsi per maestri in chirurgia, o possedere un'officina chirurgica. Perciò il numero dei chirurghi in questi ultimi 20 anni rimase quasi sempre lo stesso, mentre quello dei medici crebbe di 250. L'avere un'officina chirurgica in Vienna, oltre al procurare un sufficiente introito, serve ben anco ad aprire la via alla pratica. In un dato quartiere ponno risiedere più e più medici, ma non più di una officina chirurgica: per tale restrizione i chirurghi non ponno aumentare di numero, siccome succede dei medici che, affluendo alla capitale, si paralizzano l'un l'altro.

Il dott. *Krastina* venendo quindi a dimostrare la sempre crescente schiera di laureati in medicina in Vienna, domanda dove debb'essa rivolgersi per trovar lavoro. Ben pochi vanno in campagna, i più scelgono per loro residenza una città di provincia, o si fermano a Vienna; dal che ne avviene accumulo di medici in città, principalmente nella capitale, e mancanza di essi in campagna, ed in ispecie nei paesi montuosi. Da questo sproporzionato accumulo di medici in città, vien favorita la più impudente ciarlataneria, l'invidia, l'incollegialità, il decadimento di tutto il ceto:

e bene è a meravigliarsi se, sotto così tristi ed umilianti circostanze, non siasi nei medici estinto l'amore alla scienza, che in Vienna è ancora in isplendore. Egli dice esser maturo il tempo che si pensi a prevenir questo male, perchè la studiosa gioventù dopo tanti dispendii e stenti non abbia a trovarsi delusa, perchè dessa non rifugga dalla spinosa carriera medica, miscredendo al lusinghiero adagio, *dal Galenus opus*, che per ben pochi s'avvera e pei più non è che un mito di tempi favolosi. — Per Ordinanza Superiore il numero degli ecclesiastici, degli avvocati e dei chirurghi in un dato circolo è limitato ai bisogni locali. Ben lontano dall'invocare una tal legge restrittiva anche per i medici, il dott. *Krastina* propone un mezzo più semplice e più opportuno allo scopo, quello cioè di spianar loro la via all'esercizio medico alla campagna, dove v'ha piuttosto deficienza di servizio e dove dal 1844 non aumentò per nulla il numero dei medici, come egli lo prova con dati ufficiali, prendendo per norma la Bassa Austria, in cui nel 1844 sopra una popolazione di 1,065,000 anime avevansi 123 dottori e 630 chirurghi, quindi un dottore su 8000 abitanti ed un chirurgo su 1500, proporzione che sta ancora quasi immutata per ogni provincia ed è dieci volte più favorevole che in Vienna, ove può calcolarsi un medico su 800 abitanti.

Alla presumibile domanda, perchè i medici non vanno dunque alla campagna, il dott. *Krastina* si fa tosto a rispondere: averne già dessi fatte le prove, e fra questi alcuni di sua conoscenza, ma non esservi riusciti pei seguenti motivi: 1.° In ogni villaggio risiede un chirurgo, il quale gode già la confidenza dei compaesani, è ivi apparentato e vi possiede la sua farmacia: 2.° Quei campagnuoli nella credenza di dover retribuire un medico assai più che il chirurgo, che è già loro alla mano, preferiscono questo, il quale del resto non manca di difendere il proprio interesse, dacchè un villaggio non può mantenere due esercenti: 3.° Il chirurgo si fa pagare da 10 a 20 carantani per visita, ed il campagnuolo trova discreto il prezzo, non pensando a quanto deve sborsare allo stesso per somministrazione di empiastri, unguenti, vescicanti e medicamenti che un medico erudito forse gli risparmierebbe.

Esiste in vero un'Ordinanza Superiore per la quale è vietato

ai chirurghi di curare malattie interne in quei luoghi ove risieda un medico, ma la legge sta sulla carta, ad essa non si ubbidisce dai chirurghi, nè spetta ai medici il chiamarli all'ordine.

Onde quindi spianare ai medici la via all' esercizio in campagna, diminuendo così la straordinaria loro affluenza in città, il dott. *Krastina* propone che vengano *soppressi gli studii inferiori di chirurgia*, avendosi in tal modo un personale sanitario più istrutto. Ed all'opposizione essere il contado contento dei suoi chirurghi e non desiderare un medico, benchè in realtà gli torni più utile, egli risponde essere dovere dello Stato il procurare il reale vantaggio del popolo, ed esservi già dei villaggi soddisfattissimi di avere un medico in luogo dell'antecessore chirurgo.

Parmi inutile, carissimo collega, il volerti condurre fra le prolisse ma calorose argomentazioni per le quali il dott. *Krastina* vorrebbe consigliata la soppressione degli studii inferiori di chirurgia in tutte le Università, come si è fatto in quelle di Vienna, di Praga, di Pavia e di Padova, la chiusura di tutte le officine chirurgiche, non conservandone che alcuna in dati quartieri delle città, provviste di individui istrutti nelle manualità da infermiere, nell'applicazione delle sanguisughe, nella flebotomia per gli urgenti casi di bisogno, l'istituzione infine nella campagna delle condotte medico-chirurgiche: riforme imperiosamente richieste dai tempi e nelle quali noi, sebbene ancora bisognosi di migliorìe, abbiamo preceduti i paesi austriaci ».

Sotto molti rapporti siam noi adunque a miglior partito dei nostri colleghi dell'Arciducato: le condotte medico-chirurgiche sono qui da perfezionarsi, e non già da trarsi fuori del nulla; possediamo noi un *Pio Istituto di Soccorso pei medici e chirurghi, loro vedove e figli minorenni,* Istituto ricco al 31 dicembre 1857 di ben 144,248 lire e 53 centesimi di patrimonio, fiorente sopra tutte le associazioni conosciute di simil natura in Italia e fuori. È ben vero ch'esso dovette non ha guari attraversare un doloroso periodo di prova e di contrasti, tacciuti ai lettori del nostro giornale, perchè debbonsi i panni sùdici lavare in famiglia, ma ne escì col trionfo del buon diritto e dell' assetto legale. È vero altresì ch'esso non raggiunge i suffragi di tutti quanti i colleghi di Lombardia, perchè non fondato esclusivamente sul principio della

mutualità, il solo riconosciuto dignitoso, elevato, moralizzante. Ma noi li invitiamo a riflettere che le ricchezze del Pio Istituto si fondano in gran parte sui contributi e sui generosi legati dei medici, e che senza peccare di sconoscenza verso i benemeriti che ci gratificarono delle loro prestazioni, noi potremmo riformare nelle vie legali il nostro statuto, restringendoci d'ora innanzi ad invocare da noi stessi ajuto e protezione. La fierezza mal s'addice ai deboli e nascenti, qnanto il querulo accattonaggio ai favoriti della fortuna. Il *Pio Istituto di Soccorso* pei medici e chirurghi di Lombardia, escito ormai fuor di pupillo, potrebbe tramutarsi in una *Società di mutuo soccorso*, schivando e l'uno e l'altro deplorabile eccesso. Chi potrebbe allora dubitare di appartenervi? Chi arrossire di un sussidio non elemosinato fra gente straniera alla professione, ma interamente somministrato dal proprio gremio, in adempimento di un sacro e preciso dovere?

Mentre altri tenta progredire imitando e invocando le nostre istituzioni, le lasceremo noi sfruttare e deprimere pel disaccordo delle menti o per eccessiva impazienza? Se ci occorresse di spendere ancora inutili parole in difesa delle condotte medico-chirurgiche, vorremmo citare agli avversarj un frammento del rapporto generale del professore *Tourdes*, di Strasburgo, sui lavori del Consiglio di salubrità del dipartimento del Basso Reno dal 1849 al 1858. La *medicina cantonale*, fondatavi sino dal 1810, con sapienti riforme recentemente migliorata e completata colla istituzione della *farmacia cantonale*, la quale assicura ai poveri la gratuità dei medicamenti, è l'oggetto delle sollecitudini di quella magistratura sanitaria. — « A diverse riprese, dice l'onorevole segretario del Consiglio, noi siamo stati invitati dal ministro ad esprimere la nostra opinione sull'utilità della medicina cantonale; le nostre risposte furon sempre le stesse, proclamando i benefizii di questa istituzione. L'esempio del dipartimento del Basso Reno ha potentemente contribuito ad introdurla e a diffonderla in Francia. La medicina dei poveri è la parte più importante dell'assistenza a domicilio, è il suo più sacro debito. Certamente la carità privata e lo zelo disinteressato dei medici vengono in ajuto di molte disgrazie, eppure nelle stesse città gli sforzi isolati non bastano a questa nobile impresa: nelle campagne, ciò equivarrebbe all'abbandono. Occorre una organizzazione regolare per l'assistenza me-

dica a domicilio, e, in presenza di questa necessità, le obbjezioni di dettaglio e le mal fondate suscettività debbono scomparire. La medicina cantonale o la medicina di carità, qualunque sia il nome che si preferisca, è oggidì una istituzione accettata e i cui progressi sono manifesti. Che i circondarii medici non sieno troppo estesi, che il medico vi ottenga una posizione bastevole, ch' egli sia secondato e diretto nei suoi sforzi, e dessa renderà i più eminenti servigi ». (*Gaz. méd. de Strasbourg, N.° 9 del* 1858).

I desiderj del dott. *Spano* e del dott. *Krastina*, i pubblici elogi del professore *Tourdes* ai medici cantonali dell'Alsazia, non sono dessi una protesta contro gli avversarj incorreggibili dei medici condotti del Lombardo-Veneto e del loro progressivo benessere? Noi siamo andati a pigliare le nostre citazioni lontano, assai lontano: esse hanno per ciò molto maggior valore, perchè dettate da persone simpatizzanti, ma completamente disinteressate nella causa nostra.

Un fatto che merita d' essere segnalato ai nostri lettori, si è la fondazione in Francia d'una vasta associazione, promossa dai medici della Gironda, patrocinata a Parigi dal sig. *Latour* redattore dell'*Union médicale*, e finalmente autorizzata dal Governo, sotto la presidenza dell'illustre *Rayer*. I primi articoli dei suoi Statuti ne daranno una idea generale. — « È istituita una associazione, di previdenza, di protezione e di mutuo soccorso per tutti i medici della Francia. — La sua durata è illimitata. — La sua sede è a Parigi. — Essa prende il nome di *Associazione generale di previdenza e di mutuo soccorso dei medici della Francia.* — L'Associazione generale si compone di tutte le *Società locali* formate sotto la sua influenza e di tutte quelle che si collegano ad essa per l'adempimento dell'opera comune. — Lo scopo dell'associazione generale, come quello delle Società locali che la compongono è: di venire in soccorso dei socii che l'età, le infermità, la malattia, disgrazie immeritate, riducono in miserabile stato; di soccorrere le vedove, i figli e gli ascendenti lasciati senza mezzi dai socii defunti; di porgere ajuto e protezione ai suoi membri; di mantenere, colla sua influenza moralizzatrice, l' esercizio dell' arte nelle vie utili al pubblico bene e conformi alla dignità della professione; di fondare in avvenire una cassa di pensioni; di pre-

parare e fondare le istituzioni atte e completare ed a perfezionare la sua opera d' assistenza. — L' associazione generale procede all'opera sua con due sorta d'operazioni. Primo: essa prepara l'organizzazione delle *Società locali*. Essa forma una *Società centrale* destinata a riunire i medici dell'armata e della flotta; i medici che per la natura del loro servizio non hanno residenza stabile o risiedono fuori della Francia; i dottori in medicina od in chirurgia sparsi nelle circoscrizioni e nei dipartimenti nei quali non esisterebbe una Società locale aggregata alla Associazione generale. Secondo: essa collega fra di loro le Società per tal modo formate; si aggrega le Società esistenti; prepara, fonda ed amministra gli stabilimenti di assistenza d' ogni natura che entrano nello scopo della Associazione. — L' Associazione generale è rappresentata da Assemblee generali. È diretta ed amministrata da un Consiglio generale ».

L' esperienza mostrerà quali frutti si potranno raccôrre da un sì magnifico programma, il quale promette al corpo medico assistenza e protezione. Alcuni ne profetizzano mirabilia; altri l' apprezzano come una Società di beneficenza; altri infine l' avversano a fronte scoperta, chiamandola ridicolo portato di immaginose concezioni. È impossibile che l' idea feconda della mutualità e della associazione, così realizzata, non eserciti col tempo un'utile, salutare influenza; ma quest'influenza sarà tanto maggiore, quanto più scaturita dal concorso universale delle volontà e delle menti. Una rappresentanza generale, permanente, dei medici francesi nella capitale dell'impero, corrisponde al bisogno di centralità esistente in quello Stato, dove tutto muove e tutto si attende dal potere. La protezione, sollecitata da vicino e formulata in savie misure preventive ed esecutive, potrà estendersi allora sulla medicina, corrosa in Francia dal tarlo del ciarlatanismo, prosperoso e invadente all' ombra di mitissime leggi, le cui penalità è facile il deludere, ed altrettanto lieve il sopportare. — Comunque però si consideri la sfera d'efficacia della nuova Associazione, non si può a meno di tener calcolo della opinione di coloro che aspettano la riforma e la moralizzazione dell' esercizio della medicina da qualche cosa di men vago ed ipotetico, ossia dall'intervento dei *Consigli medici di disciplina*, la di cui istituzione, ad esempio delle professioni legali, è reclamata da molti in Francia e nel Belgio.

V' hanno infatti dei casi, così detti di coscienza, nei quali lo spirito di corpo deve sorgere a difesa dell'onore e della dignità dell'arte, denunziando abusi che la pubblica opinione può sola vilipendere. Tali sono i seguenti, che fecero il giro dei giornali, e riportiamo ancor noi, come esempii da meditarsi. — Il prof. *Ferguson* di Londra, uno dei tre più eminenti chirurghi della metropoli, fu severamente ammonito ed obbligato a giustificarsi innanzi ai suoi colleghi, per essere convenuto a consulto con un medico omeopatico. Ben egli si scusò allegando d'essersi limitato ad una pura manualità chirurgica, di non avere in nulla conferito sulla cura, e di non aver più riveduto nè l'ammalato, nè il medico. Ma le sue discolpe non furono aggradite dalla stampa, il più vigilante dei tribunali d'Inghilterra; e da ogni parte sollevossi una questione di deontologia. Consultare con un omeopatico o, secondo la più severa qualifica degli inglesi, con un *quack*, omeopatico o globulista, sonnambulico od altro, si è un mancare alla legge morale, si è innalzare una insuperabil barrriera fra i colleghi che si rispettano, e quello che ha abdicato. Già sin dal 1851, i Collegi di medicina e di chirurgia di Edimburgo, riuniti sotto la presidenza del prof. *Syme*, avevano dichiarato che: ogni membro e licenziato d'uno dei due Collegi il quale consulterà con un omeopatico, incorre di diritto la censura della compagnia. La Società dei medici di Southampton ed altre corporazioni hanno ora seguito questo esempio, impegnandosi sull'onore a non addivenire a consulti, nè cogli omeopatici, nè coi sonnambulici.

L'ospedale generale di Filadelfia ricetta una numerosa popolazione ed un insegnamento clinico onorato da numeroso concorso di allievi. Il *North American Review* ci fa conoscere che l'Associazione medica americana avea cancellato dalla lista dei suoi membri il dottor *Macclintoch*, nominato sovrintendente dell'ospedale da quella amministrazione, perchè s'era fatto l'inventore, sin dal 1853, e il venditore di una quantità di rimedj segreti annunziati nella quarta pagina dei giornali. Tutto il personale medico e chirurgico del grande ospedale di Filadelfia rifiutò di ricevere nel proprio gremio un uomo disonorato nella pubblica opinione; tutti diedero la loro dimissione; e i medici della città si riunirono ad essi per dichiarare che i professori del grande ospedale aveano dato prove di dignità e di coscienza dei doveri imposti alla pro-

fessione, e che sarebbe atto vergognoso, censurabile e condannabile, l'associarsi, per qualsiasi titolo, alla misura presa dalla Commissione amministrativa. — Avendo l'Assemblea ammesso il principio che lo spaccio e la vendita dei rimedii secreti sono formalmente interdetti ad ogni membro di una medica corporazione, attesochè, se il rimedio non ha importanza che pel mistero della sua composizione, è d'una bassa e scandalosa avidità, il commendarlo per derubare il pubblico; e se all'incontro esso è dotato di utili virtù, l'occultarne la natura, gli è un mancare ai doveri d'una professione liberale. (*Archives gén. de méd.* , *giugno e luglio* 1858).

Un altro grave mancamento, ossia un delitto di plagiato scientifico, vien disvelato da un atto spedito dal dott. *Gallard*, segretario della Società anatomica di Parigi, alla *Gazette Hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Consta da questo documento che il sig. *Josè Prô*, professore di medicina operatoria alla Facoltà di Lima, avendo fatto omaggio il 14 novembre 1856 alla Società anatomica di Parigi della sua tesi inaugurale « *Sugli stringimenti uretrali* » e invocata l'applicazione dello Statuto Sociale, era stato fregiato seduta stante del titolo di membro corrispondente. La Società riseppe in appresso che il sig. *Prô* era accusato d'aver copiato testualmente dall'opera di *Thompson* quella parte estesissima del proprio lavoro ch' egli presentò come il risultato delle sue ricerche originali. Una Commissione composta dei sigg. *Tarnier*, *Siredey* e *Verneuil* venne eletta allo scopo di esaminare la tesi di *Prò* e il *Trattato degli stringimenti uretrali* di *Enrico Thompson* (opera che ottenne il premio *Jackson* nel 1852). Facile le fu il convincersi della verità dell'accusa, e il sig. *Verneuil*, relatore, ha mostrato ai membri del Comitato, riuniti a quest'uopo, pagine intiere dell' Autore inglese copiate quasi letteralmente dal sig. *Prô* Per il che la Società, dietro proposta della Commissione, alla quale univasi l'intero Comitato, escludeva all'unanimità di suffragi il sig. *Prô* dal proprio seno. E addottava in appresso la seguente risoluzione: « La precedente deliberazione verrà pubblicata nella *Gazette Hebdomadaire*, organo della Società, con preghiera a tutti i giornali di medicina francesi ed esteri di volerla riprodurre; essa sarà inoltre recata uffizialmente a notizia del decano della Società medica di Lima ».

I casi sovraesposti, nei quali le corporazioni mediche esistenti hanno potuto provvedere in tempo alla considerazione dell'arte ed alla confusione dei colpevoli, fanno tuttavia desiderare l'azione dei consigli medici di disciplina, guardiani assoluti della rettitudine e della intemeratezza dell'esercizio medico. Frattanto, finchè tale importantissima questione non sia pur essa ben ponderata e risolta, applaudiamo dovunque agli sforzi fatti per elevare e perfezionare l'educazione dei medici. — In una passata nostra Cronaca (dicembre, 1857), ragionando ai nostri colleghi della importanza della educazione letteraria, era da noi menzionato quasi a conforto della nostra tesi, il voto consultivo delle Facoltà mediche di Parigi e di Mompellieri, favorevole al ripristinamento del grado di licenziato in lettere per gli aspiranti allo studio della medicina. Quel voto venne or ora esaudito, e con Decreto 23 agosto 1858 recato ad esecuzione, con l'applauso della stampa scientifica e di tutti gli uomini competenti. Il rapporto col quale il sig. *Rouland*, ministro della istruzione pubblica, accompagna e raccomanda il relativo decreto alla sanzione sovrana, è un modello di buon senso, di chiarezza, di lucidità; a tal che non possiamo resistere alla tentazione di citarne almeno quel brano che espone i motivi generali della misura:

« L'arte salutare, sì preziosa all'umanità, esige, per essere coltivata e applicata con successo, altrettanti sforzi d'intelligenza e di giudizio, quanto delle cognizioni teoriche e pratiche. Certamente, il dottore in medicina degno di questo nome, deve aver studiato laboriosamente e la struttura del corpo umano, e i fenomeni morbosi, e la materia medica, e si è innanzi tutto ai processi della più attenta osservazione ch'egli consacra le sue forze e le sue veglie. Ma l'osservazione istessa rimarrebbe sterile se tutte le risorse di una mente giusta, attiva, penetrante, non concorressero ad assicurarla insieme e ad estenderla; bisogna che la medicina, lottando contro le malattie dell'uomo, conosca l'uomo per intero, nella sua doppia essenza fisica e morale ».

« Gli è spiritualizzando così la scienza medica, sì ricca d'altronde di insegnamenti positivi, che l'epoca nostra, ripudiando i sistemi assoluti, ha tanto largamente costituito l'arte salutare e l'ha posta a capo delle professioni sociali. Perchè dunque si dispenserebbero gli aspiranti al dottorato in medicina della prova generale

degli studii letterarii? Ma sono questi studii che danno al gusto, al cuore ed allo spirito le tendenze le più delicate e gli impulsi i più felici. Il medico, astretto a lavori infiniti, consultato in tutte le classi della società, su tutti i mali che colpiscono il corpo e la intelligenza, obbligato a tanto discernimento ed alla azione morale, dev' essere innanzi tutto preparato al tirocinio scientifico da una istruzione letteraria completa. Trascurando le umane lettere, egli trascura un elemento che gli è indispensabile, si allontana un mezzo di successo e d' influenza, e forse crea un vero ostacolo alla autorità quanto al progresso dell'arte che esercita. Tale è la breve analisi delle ragioni che hanno prevalso per esigere dagli aspiranti al dottorato in medicina il diploma di baccelliere in lettere ».

A buon dritto il sig. *Rouland* parlava delle malattie mentali, siccome quelle che richieggono squisita educazione ed alto intelletto nell' uomo chiamato a sollevarle. Questo vero non abbisogna di dimostrazione, perchè il conoscitore profondo del cuore umano e delle vicende sociali, il fisiologo, il filosofo si confondono col medico alienista. Chè diremo poi del medico legale, l'occhio della giustizia, il lume col quale ella guidasi a pronunciare in molti casi sull'onore, sulla libertà, sulla vita dell' uomo? La difficoltà e la delicatezza delle sue funzioni ci vennero di recente comprovate da un fatto verificatosi in Milano, nel quale il giudizio di due onorevoli periti medico-legali fu pubblicamente contraddetto da distinti psichiatri. Trattasi di un infelice commerciante (Curti Giuseppe), il quale dopo breve convivenza, disprezzato, insultato ed ostinatamente rejetto dalla consorte — sovr' esso distinta, non già per cuore, ma per avvenenza, coltura e giovanile età — incalzato dalla passione prepotente che aveagli travolto il cervello e dalla matta idea di richiamarla con atto violento all'affetto e al dovere, nel passato maggio uccideva la moglie col suocero a colpi di pugnale sulle scale del nostro Arcivescovado. Chiamati ad emettere il loro giudizio sullo stato mentale dell'inquisito, nel processo d'omicidio che venne ad istituirsi, i periti dottori *Antonio Tarchini-Bonfanti* e *Gustavo Tassani* lo riconobbero imputabile, a termini della legge, perchè nell'atto dell'omicidio nol ritenevano affetto da turbamento dei sensi, benchè versasse in grave commozione d' a-

nimo. Appoggiati a tale giudizio, pronunciavano sovr'esso i magistrati la pena capitale.

Sorretto da contrarie convinzioni, e quindi sospinto dalla voce della coscienza e del dovere ad accorrere in ajuto del Curti — non colpevole, a suo credere, ma infelice e commiserando — il dottore *Serafino Biffi*, in una lettera diretta per le stampe al dottore *Andrea Verga*, ne assunse calorosamente le difese, mostrandolo fatalmente colpito da alienazione mentale, predisposta per influenze gentilizie, pel temperamento ipocondriaco, per una malattia cerebrale d'origine traumatica; svolta lentamente da cause morali deprimenti e soprattutto dal deluso legittimo amore, indi irresistibilmente insignitoritasi della intelligenza del Curti e della sua volontà. La lettera del dott. *Biffi*, riportata per intero nella *Gazzetta dei Tribunali*, fu salutata con parole d'encomio nell'*Appendice psichiatrica* (4 ottobre 1858), il di cui illustre Compilatore, annunziando come l'Eccelso Tribunale d'Appello aveva ordinato si assumessero nuove informazioni sullo stato mentale del Curti e se ne deferisse il giudizio alla Facoltà medica dell'I. R. Università di Pavia, chiudeva il proprio cenno bibliografico congratulandosi col dott. *Biffi* ch'egli avesse coll'esempio ricordato « che in una causa in cui si tratta dell'onore e della vita di un nostro fratello, il dubbio è sapienza e la riservatezza dovere ».

Deferita così la decisione della controversia al Consiglio Universitario, giudice superiore nelle questioni scientifiche, null'altro rimaneva che l'attenderne il pronunziato, tanto più che l'avvocato difensore, l'onorevole dottore *Hanau*, aveva nel suo gravame rincalzato con forza d'argomenti desunti dalla psicologia e dalla patologia mentale. La dottrina della unità dello spirito umano, della solidarietà delle facoltà affettive con quelle dell'intelligenza, venne da esso invocata a spiegare le eccentricità più culminanti della vita del Curti, attribuendole al pervertimento delle facoltà affettive, ed al disordine irradiatosi in tutto il plesso intellettivo. E nella follia ragionante; nel delirio di persecuzione; nell'infievolimento complesso di percezioni, che si esercita e si imprime in dipendenza d'una prevalente facoltà disordinata; nell'indefinito confine della passione colla follia; nella calma dimostrata dal Curti dopo il lagrimevole avvenimento rimpetto alla pena infamante che

gli sovrasta; nello stato intercorrente di flogosi cerebrale; nei fascini furiosi ed irresistibili della passione che turba i sentimenti; in un primo rilievo degli stessi periti; in una lata e filosofica interpretazione del testo e dello spirito della legge — non che nelle sentenze dei più celebrati alienisti —, traeva egli prove e presunzioni convincenti, a basarvi sopra il proprio sistema di difesa.

Ma un accattabrighe impudente e malevolo (un anonimo, e basti), ad aizzare gli animi commossi e ad eccitare l'un contro l'altro i colleghi impegnati in questa causa solenne, diramava per la città una brutta, disonesta circolare, per sollecitare dai medici, e specialmente dal dottore *Antonio Bonati*, Direttore di un privato Manicomio in Milano, una pubblica attestazione in favore della sentenza recentemente pronunziata contro il Curti dall'I. R. Tribunale. Il dottor *Bonati* si credette in dovere di rispondervi, e dalla sua risposta alquanto sottile ed involuta, risultò ch'egli approvava la sentenza del Tribunale, non già la perizia che la aveva motivata; che per motivi estranei al loro merito scientifico doveva movere degli appunti alla scelta dei periti, quegli stessi che aveano praticata l'ispezione e la sezione giudiziaria degli assassinati; che finalmente la lettera del dott. *Biffi* non aveva bisogno di panegirista, per esser dettata alla vera luce della patologia e della relativa pratica osservazione. (*Gazz. med. lomb.*, 15 *nov.* 1858).

Non tutti forse approveranno che il sig. *Bonati* siasi degnato rispondere ad una circolare anonima. Di solito simili scritti si gettano al fuoco o son lasciati nel fango donde trassero il capo. Con dispiacere adunque vediamo uomini onorati scendere ad una corrispondenza e ad una giustificazione con incogniti istigatori. Questa è per noi una transazione, che lascia troppo bel giuoco agli inframmettenti. Nondimeno tutti applaudiranno ai sensi della lettera del dottor *Bonati*, la quale, siccome avvertiva acutamente il dottor *Verga*, sortì effetto precisamente contrario allo scopo. — Attendiamo ora con calma e con deferenza il giudizio che sarà per pronunciare l'illustre relatore del Tribunale Universitario e venerato nostro maestro.

Milano, 7 dicembre 1858.

Dott. *R. Griffini.*

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Vol. CLXVI. — Fasc.° 498. — Dicembre 1858.

Sulle malattie interne dell'occhio; *saggio di clinica e d'iconografia ottalmoscopica del dottor* **ANTONIO QUAGLINO,** *medico primario della sala Ottalmica nell'ospedale Fate-bene-sorelle in Milano.* (*Continuazione della pag.* 280 *del precedente fascicolo*).

Articolo 13.° — *Delle emorragie retiniche.*
(*Retinite apopletica del Graefe*).

L' *emorragia* od *apoplessia* della *retina* è senza dubbio la più frequente causa di *ambliopia* o di *amaurosi subitanea.* Nel breve periodo di un anno, noi abbiamo potuto raccogliere al solo nostro dispensario 14 casi di questa malattia, in ciascuno dei quali si giunse a riconoscere chiaramente per mezzo dello specchio oculare lo stravaso di sangue più o meno considerevole proveniente da rottura di uno o di più vasi coronarii.

Prima della scoperta dell'ottalmoscopo l'emorragia della retina non poteva essere che sospettata, ed un gran numero delle amaurosi da essa sostenute erano riferite a condizioni cerebrali, o reumatiche, o congestive, o venivano considerate come affezioni paralitiche, perocchè non si conoscevano affatto i sintomi anatomici proprii di essa, ed i caratteri fisiologici esterni erano insufficienti per fissare il diagnostico.

Fra i 13 casi, dei quali potemmo raccogliere la storia

sufficientemente esatta, 7 appartenevano al sesso maschile, 6 al femminile. Quanto all'età sopra 3, che erano tutte femmine l'emorragia retinica avvenne fra i 17 e i 27 anni, e negli altri tra i 40 e i 75.

Eziologia. — Come avviene dell'apoplessia cerebrale, così anche dell'*emorragia retinica*, la maggior frequenza si noterebbe in quell'età nella quale il sistema sanguigno arterioso comincia a presentare la degenerazione ateromatosa; ed in cui nelle femmine la soppressione della mestruazione; la prevalenza dei visceri addominali e i disordini emorroidarii negli uomini determinano facilmente dissesti nella circolazione e viziature di cuore. Nelle femmine poi il tardo manifestarsi, ovvero la sospensione o cessazione delle regole, la gravidanza, i disagi dell'allattamento ed il prevalente eretismo del sistema sanguigno sono tutte condizioni che rendono non infrequente l'emorragia retinica anche nell'età giovanile.

Più particolarmente poi all'appoggio delle nostre e delle altrui osservazioni, possiamo dire, che le condizioni individuali che favoriscono lo sviluppo dell'emorragia retinica, e che si possono considerare come cause disponenti ad essa sono molteplici e varie. L'abito apopletico e la pletora generale, come lo stato idroemico e cloro-anemico del sangue possono per diversa via preparare i medesimi effetti e predisporre quindi agli stravasi sanguigni come in molte località così anche nella retina. La stessa influenza esercitano le gravi o numerose ottalmie sofferte, le emicranie e le odontalgie abituali, e tutte quelle anomale condizioni degli organi circolatorii e dei digerenti, che, ciascheduna alla sua volta ed a suo modo, determinano uno stato di congestione attiva o di ingorgo passivo nei vasi del cervello e delle meningi. Nella quale categoria devono annoverarsi l'*aumentato eccitamento* e le *alterazioni organiche del cuore* (1), la *ti-*

(1) Le alterazioni del cuore sono una delle cause frequentissime

rofraxia che spesso è loro compagna, le lente irritazioni del ventricolo e del duodeno e gli ingorghi del fegato che talora sono primitivi, e talora sono la conseguenza di viziature cardiache o di pregresse febbri intermittenti, ed in fine la cessazione o la scarsezza dei flussi naturali od abituali, vale a dire della mestruazione, delle epistassi e del colio emorroidario, a cui si può aggiungere anche l'abituale stitichezza qualunque sia la condizione che la mantiene.

Vedrà il lettore come in tutti i casi di emorragia retinica da noi raccolti si verificasse qualcuna di quelle circostanze individuali che or dicemmo essere cause disponenti della nominata affezione della retina, mentre si notarono quali cause determinanti od occasionali di essa l'insolazione, l'abuso delle bevande spiritose, specialmente alcooliche, il lavoro assiduo a capo chino, la collera repressa, gli sforzi muscolari, il calore ed il freddo eccessivo.

Segni ottalmoscopici o sintomi obbiettivi della emorragia retinica.

I segni ottalmoscopici di tale malattia si possono ridurre alla presenza di una o più macchie od echimosi di color sanguigno più o meno carico, di grandezza assai differente e presentanti la figura o di punteggiature, o di linee, o di nuvolette. Le echimosi esterne che si osservano talvolta sulla congiuntiva del bulbo, e le macchie che si riscontrano alla cute nel *morbo maculoso* di *Verlhoff* o *petecchianosis*, danno

---

che contribuiscono alla genesi della retinite, dell'apoplessia retinica e delle affezioni della coroidea. Avendo noi da molti anni fissata l'attenzione su questo importante argomento di patologia, siamo intenzionati di riferire a conferma di tale fatto quanto venne già osservato da altri autori, e quanto fu da noi stessi raccolto. E di ciò ci occuperemo in un'appendice che chiuderà il presente nostro lavoro.

un' idea abbastanza esatta delle varie apparenze che offrono le emorragie della retina. Queste sono talvolta grandi come un grano di miglio, tal' altra formano larghe suggellazioni, che colla loro superficie si diffondono estesamente sul fondo oculare. Tali macchie o sono disseminate su tutta la superficie della retina negli spazii intervascolari, o raccolte sotto forma di uno o più gruppi od isolette. Alcune volte pone capo e si perde in esse qualche grosso vaso coronario, il quale è ordinariamente lo stesso che subì la lacerazione e diè luogo all'emorragia, come si riconosce più tardi quando l'assorbimento ha esportato una parte del sangue effuso.

Quando le macchie sono molto estese, coprono spesso una parte della papilla, e talora la mascherano quasi per intero. Il segmento posteriore della retina al di là dell' equatore del bulbo, ed i contorni del disco papillare sono le località ove di preferenza si riscontra l' emorragia.

Quando le macchie apopletiche sono molto ampie, presentano quasi sempre nel loro centro, se si osservano dopo alcuni giorni dalla loro formazione, una o più chiazze gialle splendenti, dell'aspetto della cotenna pleuritica, che spiccano mirabilmente in mezzo al fondo rosso proprio del restante della macchia. Codeste chiazze sembrano dovute ad un particolare riflesso della fibrina coagulata, la quale compare a nudo ove è avvenuto l' assorbimento della ematosina.

Lo stravaso sanguigno è ordinariamente subitaneo; non sono però rari i casi, in cui esso ripetesi quasi ad accesso per alcuni giorni di seguito fino al punto da estinguere completamente la vista. I pazienti sorpresi una volta da tale malattia vanno soggetti facilmente a recidive verso l' epoca in cui ne ebbero il primo attacco. Per lo che meritano una particolare sorveglianza, specialmente se sono affetti da vizio cardiaco o da emorroidi, o se trattasi di femmine che siano vicine all' età critica.

Le complicazioni locali che si riscontrano nei casi di apoplessia della retina sono alcune volte le opacità mobili

nel vitreo, che in tali circostanze sono costituite da porzioni di plasma o di cruore sanguigno o di pigmento coroideale, che riescirono a penetrare nella sostanza del detto umore per lacerazioni parziali avvenute nella retina durante lo stravaso di sangue, il quale invece di diffondersi negli strati concentrici della stessa, venne ad esternarsi sulla di lei superficie concava. Altre volte le complicazioni consistono nello stato varicoso o nell'iperemia di tutta la retina, ovvero nei segni anatomici della *sclerotico-coroideite* posteriore — stafiloma posteriore della sclerotica — (vedi osserv. 25.ª) od anche della retinite semplice (vedi osserv. 8.ª Fig. V), od albuminurica (vedi osserv. 14.ª Fig. VII).

Nei casi ordinarii la papilla è sempre più o meno confusa e rossa per congestione dei suoi vasi capillari, e quando l'emorragia è grave, le arterie coronarie sono esilissime in confronto delle vene, che appaiono per lo più turgide e varicose. Il vaso che si ruppe per dar luogo all'apoplessia si avvizzisce, e talvolta lo si distingue dagli altri anche molto tempo dopo avvenuta l'emorragia, perchè contiene un sangue oscuro, e nel punto della rottura è circondato da un' areola di pigmento nero.

A riscontro degli accennati segni ottalmoscopici od anatomici dietro i quali si riconosce la *emorragia della retina* nei primi tempi di sua formazione, potremmo qui far susseguire l'esposizione dei sintomi fisiologici e delle lesioni funzionali che accompagnano tale avvenimento morboso; ma prima di passare a ciò è forse meglio compire quanto risguarda l'ottalmoscopia di questa affezione retinica, indicando brevemente le fasi ossia le diverse mutazioni cui coll'andare del tempo vanno soggetti i prodotti patologici che la costituiscono.

Su questo proposito è a notarsi prima di tutto che quelle chiazze gialle splendenti, che si osservano per lo più nel centro delle macchie rosse anche poco dopo la manifestazione dell' emorragia, col progredire del tempo au-

mentano gradatamente in estensione, e subentrano alle macchie rosse per iscomparire esse pure in capo ad alcuni mesi in forza della macerazione e dell'assorbimento cui sono esposte.

Secondo alcuni autori (*Liebreich*, *Graefe* ed altri) può aver luogo, in seguito alle emorragie, la *degenerazione adiposa* della retina, e le macchie giallo-splendenti che rimangono al posto delle echimosi, non sarebbero che il principio di questa particolare alterazione. Ma noi senza negare la possibilità di questa speciale sequela della emorragia sanzionata dall'autorità di insigni e scrupolosi osservatori, non crediamo però si debba accettarla come un fatto costante ed esclusivo. Giacchè almeno nei casi, in cui dette macchie gialle scompaiono ridonando alla parte di retina già da esse occupata la più o meno perfetta reintegrazione della facoltà visiva, ci ripugna lo ammettere che quelle chiazze gialle fossero costituite da una *degenerazione propriamente detta della retina*, poichè questa non crediamo si possa dissipare dietro le risorse del processo fisiologico d' assorbimento.

Che anzi nella pluralità dei casi da noi osservati anche per molti mesi, codeste macchie gialle si dileguarono quasi contemporaneamente o poco dopo la scomparsa dell'emorragia. È soltanto nei casi di albuminuria che si vedon perdurare a lungo delle chiazze gialle sulla retina, ma per quanto noi rilevammo nei nostri soggetti albuminurici, la più parte di quelle chiazze gialle erano affatto indipendenti dalle emorragie, e quand' ebbimo l'opportunità di esaminarle sul cadavere, non fu constatata in esse alcuna apparenza di tessuto adiposo, se almeno non ci fallirono le indagini microscopiche. Molte volte al luogo occupato già dalle emorragie si riscontrano delle macchie nere simili a quelle del pigmento, le quali formano delle isolette più o meno estese. Queste sembrano formate dal residuo di quei globuli sanguigni, che imperfettamente riassorbiti si decomposero convertendosi in una specie di pigmento oscuro. (Vedi osserv. 30.ª Fig. XIV).

In uno dei pazienti da noi esaminati persistevano invece le macchie rosse un anno circa dopo avvenuta l'emorragia. (Vedi osserv. 31.ª).

Sintomi fisiologici o subbiettivi che precedono ed accompagnano lo sviluppo della emorragia retinica.

Lo sviluppo dell'emorragia retinica talvolta è preceduto da cefalea gravativa, vertigini, sirigmo, sonnolenza, da un senso di stanchezza oculare che obbliga il paziente a desistere dal lavoro, quindi da miodesopsia e da fotopsia, che rivelano la presenza di uno stato congestivo retino-coroideale. A questi prodromi, che durano per lo più alcuni giorni, tien dietro la vista di una nebbia, di una macchia o di un globo più o meno estesi, che aboliscono il centro visuale o circoscrivono il campo visivo in vario senso a norma della posizione occupata dalla macchia emorragica. È a notarsi però che anche la porzione di retina rimasta illesa gode di una vista limitata il più delle volte ai soli oggetti grossolani. La macchia percepita dai pazienti ora è nera, ora rossa, ed ora gialliccia, qualche volta presenta successivamente tutte tre queste gradazioni. Quando lo stravaso è considerevole ed assai denso, la macchia percepita è perfettamente opaca o nera, mentre se è tenue e sottile, somministra l'aspetto di un leggier velo attraverso del quale il paziente riconosce con più o meno chiarezza gli oggetti grossolani. Lo stesso avviene quando gli stravasi sono molteplici, ma piccoli, superficiali e lontani dalla macula lutea, e che non esercitano sulle fibre retiniche una considerevole pressione. In tal caso anzi sarà limitata l'estensione del campo visuale, ma rimarrà tuttavia l'attività funzionale ad una porzione di retina, bastante per fornire percezioni ancora discretamente distinte. Mentre se l'emorragia accade in corrispondenza della macula lutea, l'alterazione della vista è sempre assai più grave, poichè rimanendo così abolita la percezione del centro di qua-

lunque oggetto fissato, il paziente non può riconoscere che assai confusamente le cose a cui dirige lo sguardo.

« La diminuzione nell' estensione del campo visuale, dice *Graefe*, nella retinite apopletica è spesso accompagnata da *interruzioni nel campo visuale*, e da *difetto di chiarezza* della *visione eccentrica* in determinate direzioni. Le alterazioni osservate in questa malattia avendo un certo rapporto colla ripartizione delle fibre del nervo ottico, gli oscuramenti che ne risultano hanno generalmente la forma di *segmenti* i quali cangiano molto di forma a norma che le parti affette riprendono le loro funzioni, o che altre la perdono ».

Se l' emorragia ebbe luogo sulla superficie concava della retina in modo da smagliare il tessuto della gialoidea e penetrare in parte nella sostanza del corpo vitreo, in allora l' ammalato oltre alla vista della macchia fissa, corrispondente alla porzione retinica occupata dalla emorragia, avrà la percezione di mosche volanti, di ombre, di ragni semoventi, ecc., che si potranno constatare come dipendenti da opacità emorragiche di varia grandezza e figura, galleggianti nel corpo vitreo sotto ai moti del bulbo. (Vedi osserv. 27.ª).

Quando gli stravasi retiniani sono considerevoli, molteplici e diffusi, la vista può essere completamente abolita, restando solo un' oscura percezione di luce o dell' ombra di qualche oggetto grossolano sotto particolari direzioni del bulbo.

Talvolta la luce sembra ai pazienti tinta di varii colori, rossa, gialla, verde, azzurra, e ciò si nota specialmente nei primi giorni dopo che si è dichiarata l' emorragia. (Vedi osserv. 23.ª Fig. XII).

Nei casi di stravenamento parziale assai denso e copioso, il campo visuale viene interrotto o circoscritto, ma non lo è però in modo così demarcato e perfetto, come quando esiste un distacco della retina. Nel qual ultimo caso, come vedremo meglio nell'articolo seguente, il soggetto discerne

bene gli oggetti o la porzione di essi che recano le impressioni alla parte di retina che è rimasta illesa, mentre non distingue affatto nè le cose nè la parte di esse, che ne colpiscono la porzione distaccata.

Molte volte l' emorragia si dichiara senza prodromi colla sensazione di una macchia, di nebbia, o colla quasi perfetta abolizione della vista di tutto o di una parte del campo visuale. Ed alcuni furono sorpresi dall'apoplessia della retina a loro insaputa, oppure durante il sonno, e con grande stupore si accorsero allo svegliarsi od anche molti giorni dopo d' aver perduto in un occhio la facoltà visiva.

Per lo più questa malattia si manifesta ad un occhio solo, e l'altro, o non ne viene affetto, o lo è assai più tardi: si danno però dei casi in cui determinossi in ambedue contemporaneamente, od a breve intervallo di distanza. L' occhio offeso, se si osserva attentamente, appare quasi sempre un pò più sporgente del normale, ma presenta ordinariamente la pupilla regolare e mobile, e le membrane esterne conservano il loro stato normale; non offre quasi mai avversione alla luce, nè si fa sede di alcun dolore.

Esiti e prognosi. — *L' emorragia* può essere perfettamente riassorbita; può far luogo alla degenerazione adiposa della retina, ovvero convertirsi in macchie nerastre simili a cumuli di pigmento. Nel primo caso l' occhio riacquista lentamente la facoltà visiva, la macchia o la nebbia si assottigliano, si rischiarano; l'offuscamento che limitava il campo visuale gradatamente si restringe, e finalmemte scompare. Talvolta però, massime quando le emorragie furono molteplici ed estese, la nebbia perdura anche dopo la scomparsa del sangue, forse perchè le fibre della retina subirono una troppo forte pressione che ne indusse la paralisi. Negli altri due casi la vista conservasi sempre più o meno alterata nella qualità, nell' estensione e nella forza.

La facilità con cui si rinnovano le emorragie retiniane negli individui, che ne furono una volta segno, deve in

ogni evenienza obbligare ad un pronostico assai riservato circa lo stato futuro della vista.

Cura. — La cura dell'emorragia retinica varierà a norma delle cause, dello stato generale del paziente e delle complicazioni viscerali, che per avventura accompagnavano lo sviluppo e l'andamento della malattia, non che dello stadio più o meno avanzato di quest'ultima. Se il soggetto è pletorico, robusto, giovane, e se la malattia si sviluppò in seguito alla soppressione di qualche flusso abituale, si ricorrerà al salasso, alle ventose alla nuca o alla fossetta occipitale, al sanguisugio all'ano, al bagno freddo locale, all'uso del cremor tartaro, del nitro, della digitale, e qualche volta dei drastici.

Se il soggetto è cardiopatico, dilicato, cachetico, anemico od idroemico, si risparmieranno le sanguigne, o si praticheranno cautamente, preferendo i moderati sanguisugi all'ano con 5 o 6 mignatte, ripetuti a norma del bisogno. Internamente si amministrerà l'aloe solo od associato alla squilla od alla segale cornuta, ovvero l'acqua coobata di lauro ceraso a dosi gradatamente crescenti. Contemporaneamente riesciranno opportuni, li epitemi freddi agli occhi, i pediluvii senapizzati, e si prescriverà il riposo ed una dieta moderata raddolcente.

Tolto lo stato congestivo locale, moderato l'orgasmo della circolazione generale, si cercherà di promuovere l'assorbimento degli stravasi per mezzo del calomelano colla squilla, o della digitale col nitro, amministrati a piccole dosi epicraticamente. Allo stesso intento si adopereranno le frizioni iodurate o mercuriali al sopracciglio, e si potranno tentare i colirii di ioduro potassico.

Ove, scomparse le echimosi, la vista rimanga assai debole, si useranno frizioni leggermente stimolanti al sopracciglio col balsamo del *Fioravanti*, colla tintura d'arnica, o coll'acqua di colonia, e internamente si darà l'arnica o l'estratto alcoolico di noce vomica, o la valeriana.

Se l'ammalato è clorotico, anemico, e se l'aumentato eccitamento del cuore è puramente eretistico e funzionale, gioverà a prevenire le recidive l'uso dei marziali, per esempio del solfato o del lattato di ferro con aloe, od anche delle acque ferruginose bevute alle sorgenti.

Allo stesso scopo negli affetti da ipertrofia di cuore o da ostruzioni dei visceri ipocondriaci si consiglierà l'uso continuato a lungo dei globuli di digitalina (*uno*, *poi due*, *tre quattro al giorno*), o delle pillole disopilative di Brera, che riescono utilissime massime quando in causa delle nominate affezioni o per altre circostanze esiste un'abituale ed ostinata stitichezza d'alvo.

Ora faremo seguire la narrazione dei più importanti casi di *emorragia retinica* che ci accadde di osservare, e nell'enunciarli terremo l'ordine cronologico con cui ci si offersero.

Un tale corredo di fatti mentre serve ad illustrare convenientemente questo importante argomento d'ottalmologia, varrà altresì a persuadere sempre più i nostri lettori della somma utilità degli studii ottalmoscopici, onde questi abbiano a diffondersi anche nel nostro infelice paese, in cui è necessario rimanga sempre vivo almeno l'antico e potente amore della scienza.

Osservazione 21.ª — *Amaurosi dell'occhio destro da molteplici emorragie della retina.* — 19 luglio 1857. — Giovanni Ottolini, di Milano, d'anni 70, di temperamento sanguigno, di buona costituzione, ebbe i genitori robusti che morirono in età avanzata. La madre di lui era divenuta cieca negli ultimi anni di sua vita. Egli condusse una esistenza assai laboriosa nelle campagne di Napoleone e si distinse durante la guerra d'Italia del 1848. Fu sempre bevitore e fumatore appassionato; in gioventù ammalò più volte per colpo di sole durante lunghe marcie; tre anni fa ebbe grave congestione cerebrale, che volle essere curata con molte deplezioni sanguigne.

Da molto tempo avverte un ricorrente movimento convulsivo alla gamba dritta che si palesa specialmente quando si mette a letto. Non si lamenta di dolori al capo, ma accusa di aver perduto alquanto la memoria già da 3 anni. Godette buona vista fino al 1848; a quell'epoca divenne presbite, più tardi fu obbligato ad usare lenti sempre più convesse, perchè la presbiopia andava crescendo. Nell'inverno dell'anno corrente cominciò a riuscirgli faticosa la lettura e lo scrivere, ebbe senso di mosche fisse nel campo visivo dell'occhio destro, nel quale poi la vista andò progressivamente annebbiandosi.

Ora coll'occhio destro non ha che qualche oscura percezione degli oggetti rivolgendo il bulbo in alto. Col sinistro, benchè assai presbite, distingue abbastanza bene oggetti e colori.

Non avverte attualmente disturbi viscerali, ha i suoni del cuore cupi, i polsi robusti e pieni, le arterie radiali rigide, assai poco elastiche, lingua sporca, digestione stomacale libera, stitichezza abituale.

Ambo gli occhi presentano le iridi azzurre, le pupille assai ristrette ma mobili; il fondo massime dell'occhio destro appare alquanto opaco e dà un riflesso verdognolo.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. (*Midriasi artificiale*). — Mezzi trasparenti normali. — La *papilla* si presenta *coperta per metà* da una *macchia rossa* (*emorragica*), l'altra metà è splendente; dal suo centro partono i *vasi arteriosi* e *venosi*, che sono *impiccioliti* ed *atrofici. Su quasi tutta la superficie della retina* si vedono delle *macchie* di forma irregolare, quali più, quali meno grandi, di *colore rosso carico*, le quali *coprono in qualche punto i vasi* in modo da non lasciarli discernere; *le macchie* (*emorragiche*) *prevalgono al lato esterno*, ma se ne trovano diverse al lato interno; negli interstizii da esse lasciati si vedono trasparire i vasi coroideali di colore rosso carmino.

Occhio sinistro. — Mezzi trasparenti normali — la papilla è normale come anche i vasi che partono dal suo centro — la retina è dappertutto trasparente e lascia distinguere bene i vasi coroideali: due macchiette nerastre di pigmento macerato corrispondono alla porzione coroideale sottoposta alla metà superiore della retina.

Paralello tra i sintomi funzionali ed i segni ottalmoscopi-

ci. — Dalla descrizione dei segni ottalmoscopici dell'occhio destro risulta chiaro che l'amaurosi quasi completa di esso tiene ai molteplici focolai d'apoplessia retinica, e la limitata ed oscura percezione degli oggetti che l'ammalato accusa volgendo il bulbo in alto è spiegata dall' essere una piccola porzione della metà superiore della retina scevra da emorragie.

Non serve qui far notare le diverse circostanze che prepararono e determinarono in questo individuo le emorragie retiniche, attesochè risultano chiare per sè a chiunque voglia riflettere alle notizie anamnestiche che abbiamo riferite.

Non facciam cenno nemmeno dei diversi consigli terapeutici ed igienici ch'ebbimo a dare all'ammalato, giacchè quando egli ritornò un anno dopo al nostro dispensario ci confessò d'averci completamente disobbedito. Tuttavia ci offerse almeno l'opportunità di esaminare i cambiamenti che doveano essere avvenuti nell' occhio amaurotico in tutto quel lasso di tempo.

5 giugno 1858. — *Esame ottalmoscopico.* — Occhio destro. — *Papilla* di color *bianco, irregolare* alla *periferia*, *assai convessa* in tutta la sua superficie. I *vasi arteriosi* appajono assai *esili* ed *atrofici*, i *venosi* invece sono *turgidi* e *gozzuti*, e si anastomizzano nel perimetro della papilla. Lungo il decorso della vena inferiore appena al di fuori del circolo papillare, si scorgono *due piccole echimosi* irregolari di color rosso vivo; all'angolo interno se ne riscontra *un' altra* della grandezza *apparente* di un *pisello,* ed *alcune* più *piccole sparse qua* e *là* sulla *retina. Tutte le altre notate* nel primo esame ottalmoscopico *scomparvero*, *alcune non lasciaron traccia di sorta, altre* si vedono *sostituite da piccoli depositi di pigmento* sotto forma punteggiata. *Non si osserva nessuna delle macchie gialle descritte* dagli autori alemanni, come *degenerazioni adipose consecutive alle emorragie retiniche.* I vasi coroideali appajono di color rosso carmino assai distinti in tutto il campo ottalmoscopico.

Nell'occhio sinistro non si rilevò alcuna mutazione benchè in questo siasi accresciuta assai la presbiopia.

Coll'occhio destro non distingue che il color nero dei caratteri N.° 20 della scala di *Jaeger.* — Colla parte interna della retina vede il movimento di un dito, non lo discerne col centro, e col restante appena appena ne ravvisa l'ombra.

Osservazione 22.ª — *Amaurosi sinistra quasi completa da emorragie retiniche con precedenza di retinite essudativa.* — (Ipertrofia di cuore con dilatazione) — 16 agosto 1857. — Pizzigoni Vincenzo, di Chiari, inverniciatore di pelli, d'anni 40, di temperamento linfatico, sano nella prima gioventù, senza alcuna eredità morbosa, superò una pneumonite a 32 anni, e pochi mesi dopo fu preso da reumatismo poliarticolare che dopo inutili tentativi con altri mezzi, guarì radicalmente dietro il sussidio di profusi sudori che si procurò esponendosi al calore di una fornace calda. Nello scorso inverno ebbe una affezione di cuore (pericardite?) della quale migliorò mediante 7 salassi, rimanendogli però quali postumi la dispnea nell'ascender le scale, e l'edema alle estremità inferiori che tuttora esiste.

Da due mesi si accorse di un annebbiamento di vista nell'occhio sinistro con miodesopsia e fotopsia, il quale si aggravò assai al punto da renderlo quasi perfettamente cieco di quest'occhio. Tre settimane or sono gli si risvegliò una viva febbre accompagnata da cefalea gravativa, vertigini, cardiodinia, senso di fiamme al viso, dispepsia, anoressia e tensione di ventre con stitichezza, fenomeni che in grado minore continuano ancora.

I suoni cardiaci sono chiari, diffusi, più distinti alla base (ipertrofia con dilatazione del cuore), mentre i polsi sono piccoli e frequenti.

Quanto alla vista, mentre l'occhio destro gli serve bene, egli non distingue col sinistro che le ombre degli oggetti e delle persone, ma se con esso fissa lo sguardo in una parte di esse vede più fosco il punto fissato, mentre le porzioni circostanti a quello gli appajono coperte da una nebbia meno densa. Se chiude l'occhio destro legge a stento il N.° 17 della scala di *Jaeger*.

Esame ottalmoscopico. — Occhio sinistro. — Mezzi trasparenti normali. — La *papilla* ottica, quasi confusa col restante del fondo oculare, appena si discerne per una tinta leggermente chiara che circoscrive i suoi margini irregolari e sfumati, mentre la di lei *superficie* è *striata* di *rosso*. — Le vene sono ben distinte — le *arterie* sono *qua* e *là nascoste* da un *opacamento* leggermente *giallastro* che *investe* la *retina* per un esteso tratto *fino alla zona equatoriale.* In questo stesso campo si notano sparse alcune *macchiette gialliccie più sature*, di *forma subrotonda*,

aventi la grandezza *di un grano di miglio*. Oltre a ciò si osservano *molte macchie rosso vive*, *alcune fusiformi*, altre *lineari*. La maggior parte di esse si vede *sul lato interno* della *retina*, ed *una* delle più ampie e distinte si trova *molto vicina* alla *macula lutea*.

Parallelo tra i segni oftalmoscopici e i sintomi funzionali. — La progressiva diminuzione della vista sembra sia stato l'effetto di una congestione coroideale che produsse fotopsia, miodesopsia e annebbiamento da principio; la cecità quasi totale avvenuta per ultimo fu senza dubbio la conseguenza degli essudati linfatici e dell'emorragie diffuse che si determinarono sulla superficie retiniana sotto l'influenza dell'orgasmo febbrile accompagnato da congestione cerebrale. La presenza di un focolaio emorragico in grande prossimità alla macula lutea rende ragione del maggior offuscamento avvertito da questo soggetto nel centro del campo visuale.

L'esistenza in esso dell'ipertrofia cardiaca, è a riguardarsi come la condizione organica che promosse ed occasionò la congestione cerebro-oculare, e la consecutiva rottura di alcuni capillari retiniani.

Si prescrisse un sanguisugio all'ano e l'uso continuato un pò a lungo dei globuli di digitalina; ma l'ammalato non ricomparve più al dispensario.

Osservazione 23.ª — *Amaurosi istantanea e poi crupsia da emorragie molteplici retiniane.* (Fig. XII). — 9 novembre 1857. — Teresa Pessina, d'anni 51, di Milano, Corpi Santi, filatrice di professione, d'aspetto cachetico, assai emaciata, non conta tra suoi parenti alcun amaurotico, godette sempre di buona salute e di perfetta vista fino a 3 settimane or sono. A quest'epoca dietro una forte commozione d'animo per ira repressa si vide offuscare tutto ad un tratto la vista all'occhio destro, e contemporaneamente si sentì opprimere il respiro, mancare le forze, ed un capogiro la fece cadere tramortita. Recatasi poco dopo a casa, ebbe copiosa emoftoe, e le si sviluppò febbre viva. Dopo un salasso ed alcuni purgativi la febbre cessò, ma l'offuscamento di vista continuava immutato. Otto giorni dopo altra emoftoe, che necessitò tre salassi, ma l'annebbiamento di vista sempre stazionario.

Ora se chiude l'occhio sinistro, vede col destro la luce a diversi colori, cosicchè le sembra guardare attraverso a vetri colorati. Non ha dolori nè senso di peso o di calore al bulbo destro, non fotofobia, nè miodesopsia, nè fotopsia; la pupilla è oscuramente mobile.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — (*Midriasi artificiale*). — Mezzi trasparenti normali. — *Papilla suffusa ai margini,* uniformemente *rossiccia alla superficie.* Al di là di questa *sul corso dei vasi che appaiono qua e là come troncati* si riscontrano delle *macchie rossiccie* (*echimosi*) che molto si assomigliano a quelle delineate nella tavola XII di *Jaeger* (Beiträge, ecc., T. 12.ª). *Poco sopra alla papilla negli interstizii lasciati* dalle echimosi si veggono *piccoli nuclei cinerei* simili a tanti ovi di ragno, che circondano la metà superiore di essa. Il *resto* del *campo retinico* è tutto *cosperso* di *chiazze punteggiate, radiate, fusiformi,* di *color rosso* (*echimosi*) che *lo ricoprono quasi in totalità* seguendo in più punti i vasi coronarii in tutto il loro andamento. *Alla parte interna* ed *un pò superiore* le *chiazze* sono *confluenti* e *coprono* un *vaso arterioso* che si diparte dalla papilla. Nella *parte inferiore* ed *esterna* fra le accennate echimosi si rilevano *due macchiette irregolari* di *colore giallastro;* all'*esterno* di *queste un'altra chiazza* più *larga cinerina.*

Tale aspetto che si potea dire generale della superficie retiniana, rammentava quello che presenta nel cadavere l'iniezione a chiazze della mucosa del ventricolo.

Parallelo tra i segni ottalmoscopici ed i sintomi funzionali. — Nel caso attuale l'accesso di collera repressa avendo determinato un subitaneo afflusso di sangue alla testa, fu cagione di vertigine caduca, e di molteplici stravasi emorragici nella retina destra per rottura dei capillari, che non poterono resistere all'impeto straordinario del sangue.

L'instantanea abolizione della vista fu indubitatamente indotta dall'emorragia diffusa della retina. Ed a questa come ai ripetuti insulti emoftoici, avrà servito forse di causa predisponente la poca tonicità dei capillari sanguigni propria dell'età e della costituzione cachetica della ammalata. *Richter,* che pel primo parlò dell'amaurosi improvvisa era ben lungi dal ritenere che potesse essere cagionata da una emorragia dei vasi retiniani; come noi per

ora appoggiati alle sole alterazioni retiniche rilevate coll' oltalmoscopo non ci troveremmo in grado di dare una plausibile spiegazione del curioso fenomeno presentato da questa paziente, pel quale 15 giorni dopo l'avvenuta emorragia retinica essa percepiva ancora la luce ma colorata in diverse tinte.

Osservazione 24.ª — Limitazione del campo visuale da emorragia parziale della retina. (V. Fig. X). — (*Scomparsa dell'emorragia. — Superstite indebolimento della vista*). — 14 dicembre 1857. — Oriani Paola, di Milano, d'anni 27, di temperamento linfatico-sanguigno, ebbe il padre che morì d'apoplessia; mestruata per la prima volta a 12 anni, lo fu in seguito sempre regolarmente, soffrendo però ogni volta di cefalalgie e disturbi gastrici. Otto anni or sono le si sviluppò un erpete (ella dice) ad ambo le palpebre superiori, che non svanì se non dopo un anno, ed in tutto quel tempo era soggetta di tanto in tanto a cefalalgie e spesso anche ad accessi febbrili. Scomparso l' erpete, le si ripetè con maggior frequenza il dolor di capo, cui sovente associavansi anche molestie gastriche. Si occupò assai nel ricamare, specialmente a luce artificiale, approfittando della vista finissima che avea sempre goduto, senza soffrir mai alcun disturbo ai bulbi. Solamente 15 giorni or sono si accorse nell'alzarsi dal letto di vedere dinanzi all'occhio sinistro un corpo rosso, fisso, che le velava in gran parte il campo visuale in modo da impedirle affatto la percezione degli oggetti un pò lontani.

Stato presente. — Vede ancora lo stesso corpo rosso osservando direttamente; se volge l' occhio all' esterno cessa la percezione del medesimo e può distinguere invece benissimo gli oggetti; guardando in linea retta una superficie bianca alla distanza di un piede, vede la macchia rossa della forma di un palloncino, che ha la grandezza di un fiorino; alla distanza di 4 piedi la grandezza aumenta fino al diametro di 5 a 6 pollici; coll'allontanarsi dell' oggetto si fa sempre più ampia la macchia diventando però più trasparente. Presentandole dinanzi all' occhio sinistro un biglietto di visita in direzione trasversale, ne vede il centro coperto di densa nebbia rossigna, e le estremità le appajono bianche; mettendole davanti lo stesso biglietto in direzione verticale,

non lo distingue che assai incompletamente attraverso la detta nebbia rossigna.

L'occhio offre la pupilla normalmente mobile.

Esame ottalmoscopico. — Occhio sinistro. (*Midriasi artificiale* — (V. Fig. X) — Mezzi trasparenti normali. — Regolare la papilla, abbondanti ed alquanto ramificati i vasi che ne partono. — *Al lato interno* ed un pò *superiore della papilla* poche linee distante da essa vi ha una *larga chiazza irregolare rosso-scura* (*emorragia*) cui metton capo alcuni vasellini della retina che sembrano arteriosi. Codesta *macchia rossastra* risulta da *due chiazze avvicinantesi* alla *forma romboedrica riunite fra loro* da *un piccolo istmo pure rossiccio.* Il *centro* di *detta macchia* od emorragia ha una tinta *rosso-carica*, i margini sono meno coloriti, alquanto frastagliati ed irregolari. Nella *chiazza superiore* si scorge una *macchietta perfettamente gialla.* — Il restante della retina è normalmente trasparente e lascia travedere il riflesso rosso vivo della coroidea, della quale per altro non si vedono le demarcazioni vascolari.

Parallelo fra i segni ottalmoscopici ed i sintomi funzionali. — In questo caso l'offuscamento parziale della facoltà visiva corrispondeva più che mai esattamente all'alterazione verificata sulla retina. Infatti dalla presenza di un focolajo emorragico appena al di sopra della macula lutea viene benissimo spiegata la subitanea comparsa di un corpo opaco al di sopra del centro del campo visuale. Perchè poi il corpo opaco veduto dalla paziente fosse di colore rosso, noi non sapremmo dirlo con certezza. Non potremmo cioè decidere se la sensazione di una macchia rossa dovesse ritenersi come un semplice effetto di compressione parziale esercitata sulla retina dallo stravaso emorragico, ossivero come un indizio di una vera sensazione visiva determinata nella retina dal color rosso del grumo sanguigno.

Cura e decorso della malattia. — Tale incertezza per altro non cagionava alcun dubbio sulla natura dell'affezione retinica, ed il trattamento curativo più opportuno veniva sufficientemente indicato da essa e dalle condizioni generali in cui versava l'ammalata. Dessa presentava allora in associazione ai fenomeni oculari, cefalea gravativa ed un notevole orgasmo cardiaco vascolare. Per questo si cominciò la cura con un salasso, cui si fecero susse-

guire alcuni sanguisugi ai processi mastoidei, contemporaneamente all'uso interno prima della digitale col nitro, indi della digitale colla squilla ed il calomelano.

Dopo un mese circa di questa cura il globo rosso già prima veduto dall'ammalata al di sopra del centro del campo visivo, si era mutato in una semplice nebbia rossiccia trasparente attraverso della quale essa potea rilevare i corpi.

L' esame ottalmoscopico facea rilevare allora assai sfumati i margini della macchia emorragica, e men saturo il colore del centro di essa.

Più tardi, essendosi manifestati segni d' irritazione gastrica, si sospese ogni rimedio interno, prescrivendo invece qualche sanguisugio all'epigastrio, l'uso del ghiaccio, gli epitemi freddi al capo, le frizioni d'unguento napoletano al sopracciglio e i pediluvii senapizzati. Dopo circa 6 settimane, la chiazza emorragica superiore erasi convertita in una tenue macchia giallastra e l' inferiore era quasi del tutto scomparsa. E scorsi quattro mesi dalla invasione della malattia, ai 23 di aprile le macchie emorragiche erano totalmente scomparse, e nel luogo già occupato da esse non eravi nemmeno deposizione di pigmento. In corrispondenza ai vasi su cui poggiava prima l' emorragia vedevasi un' interruzione dell' arteria pel tratto di una linea. La paziente asseriva di vedere gli oggetti lungo l'asse visuale con tutta chiarezza. Persistevale però l' anomala sensazione di una piccola macchietta nerastra al di sopra dei punti che fissava. Tale difetto leggiero unitamente ad un pò d' intolleranza per la lettura , rimanevale anche ai 2 di luglio, benchè anche allora non si rilevasse alcuna rimanenza emorragica sulla retina.

Osservazione 25.ª — Miopia antica da incipiente stafiloma posteriore della sclerotica. — Abolizione centrale della vista nell'occhio sinistro da emorragia retinica nel campo della macula lutea. — (Guarigione). — 16 dicembre 1857. — Amalia Canonica, d'anni 17, cucitrice, nativa di Milano, nubile, di temperamento linfatico-pastaceo, regolarmente mestruata fin dal 14.º anno, non conta che vi sia fra suoi parenti alcun' affezione trasmissibile. A 12 anni soffrì un' ottalmia e tre anni sono un' affezione cutanea , scomparsa la quale, fu in seguito soggetta massime in

vicinanza alle epoche mestruali a cefalee frontali, od a cardiopalmo con vertigini, dispepsia e stitichezza abituale.

Benchè miope da molto tempo, abusò assai della vista lavorando o leggendo a lungo durante la sera. In questi ultimi anni avea più volte avvertita la sensazione passaggera di un globo nero trascorrente il campo visuale; ma fu solamente nella sera del 15 dicembre, che dopo aver provato durante il giorno cefalea molesta al vertice, apparvele istantaneamente davanti all'occhio sinistro un globetto rosso della grandezza di un pisello che presto si converti in un globo nero, e che si mantiene tuttora fisso nella direzione dell'asse visuale non mutando nè forma, nè grandezza, nè colore, qualunque sia la distanza cui la paziente adatti la vista. Essa viene perciò impossibilitata al lavoro, e le persone come gli oggetti appaionle come ravvolte da nebbia; se chiude l'occhio destro, prova difficoltà a leggere anche il N.° 16 della scala d'*Jaeger* a distanza ordinaria.

L'occhio sinistro è leggermente sporgente, l'iride è castano-scura come nell'altro occhio, la pupilla poco mobile.

Esame ottalmoscopico. (*Midriasi artificiale*). — Mezzi trasparenti normali. — *Papilla* un pò *rossiccia*, piuttosto ovale nel diametro verticale — le *vene grosse* una *metà più dell'ordinario*, specialmente nei due principali rami superiore ed inferiore. *Al lato interno* o nasale *della papilla* si osserva una *semiluna* di *colore bianco-perlaceo striata* da *virgolature nerastre* la quale ha una larghezza, che supera la metà del diametro papillare (*stafiloma posteriore della sclerotica*). *Due linee al di là* di questa semiluna verso l'angolo interno si osserva una *chiazza rossa* (*echimosi*) larga due volte la papilla, la quale nel mezzo presenta un dischetto rosso più cupo che nel restante della chiazza. Le *arterie coronarie* sono *gracili*, finissime. Il pigmento coroideale è assai scarso, per cui traspaiono palesemente i vasi vorticosi della coroidea massime nella sua parte esterna.

Occhio destro. — Mezzi diottrici sani. La papilla è normale ed offre al suo lato interno e superiore la semiluna come fu riscontrata nell'occhio sinistro. L'atrofia del pigmento coroideale è meno estesa che nell'altro occhio, i vasi coroideali sono visibili in tutto il campo ottalmoscopico. — Fra le maglie della rete da essi formata si rileva un coloramento uniforme nero come granuloso dipendente da radunamento di pigmento.

Continuavano nella paziente le suacceunate complicazioni morbose cardiaco-cefaliche, epperò si ritenne indicato da queste, come dalla condizione morbosa dell'occhio di incominciare la cura con un salasso, che fu praticato addì 16 e ripetuto ai 18 del mese di dicembre con notevole miglioramento dello stato generale dell'ammalata.

Dai 19 ai 25 dello stesso mese si misero in corso le polveri temperanti e si prescrissero pediluvii senapizzati; la paziente ai 25 asseriva percepire assai meglio gli oggetti, benchè vedesse ancora la macchia, ma più ristretta e meno oscura. L'esplorazione ottalmoscopica facea rilevare la macchia emorragica più piccola, irregolarmente sfumata ai margini e meno satura nel centro.

Alle polveri temperanti si sostituirono le pillole di calomelano, squilla e digitale (ana gr. j — quattro al giorno), alle quali si aggiungevano addì 5 gennajo 1858, frizioni con unguento iodurato al sopracciglio. E quando addì 27 genn. si dovette sospendere il calomelano, attesa la sopravvenienza di ulite mercuriale. la sensazione del pallone nero era quasi affatto scomparsa in modo da lasciar distinguer bene qualunque oggetto, specialmente se illuminato da luce viva. — L'ottalmoscopo facea allora rilevare al posto già occupato dalla macchia rossa una semplice e piccola sfumatura giallo-rossiccia. In seguito si continuò la cura colle frizioni al sopracciglio e coll'uso interno delle pillole scillitiche, ed ella accorgendosi di un miglioramento progressivo, desistette presto da ogni rimedio, nè si presentò più al nostro dispensario se non che addì 5 marzo, obbligatavi da un altro fenomeno di alterata visione che prima non avea mai avvertito.

La senzazione della macchia era scomparsa affatto, ma ella invece vedea i piccoli oggetti incurvati e contorti se li osservava da vicino e nella direzione dell'asse visuale, mentre gli oggetti grossolani posti fuori dell'asse visuale, ed a qualche distanza, venivano da essa percepiti nella forma normale. Allora coll'ottalmoscopo si constatò la scomparsa totale della macula emorragica, invece della quale vedeansi tre o quattro rialzetti sulla superficie della retina aventi un colore splendente madreperlaceo, delle dimensioni di un grano di miglio.

Tali rialzi corrispondenti al campo della macula lutea, pareano costituiti da parziali distacchi di retina; non se ne poteva avere

però la certezza assoluta, poichè mancava in essi il criterio della mobilità che si rileva sempre quando i distacchi retinici sono un pò estesi. — Si ripetè la prescrizione delle pillole scillitiche e dell' unguento iodurato al sopracciglio, e 5 settimane più tardi, vale a dire, addì 19 aprile, presentatasi di bel nuovo a noi l'ammalata, ci riferiva di non veder più contorti se non gli oggetti assai piccoli, e lo specchio oculare ci assicurava esser diminuiti quelle pieghette o rialzi della retina in corrispondenza della macula lutea, che avevamo giudicati come distacchi parziali.

Epicrisi. — Nel caso presente le alterazioni anatomo-patologiche corrispondono perfettamente alle fisio-patologiche; alla miopia sta di fronte il palese stafiloma peripapillare della sclerotica verificatosi in ambo gli occhi; alla comparsa subitanea della macchia, rossa da prima, nerastra da poi, corrisponde la presenza dell'emorragia retiniana manifestatasi nel campo della macula lutea; la scomparsa da questa regione dello stravaso sanguigno per virtù dell'assorbimento era in diretto rapporto colla cessazione della nominata sensazione.

Il fenomeno manifestatosi qualche tempo dopo la scomparsa della macchia emorragica, della *vista* cioè *distorta*, era sufficientemente spiegato dai parziali rialzi o distacchi della retina riscontratisi in quella regione, appunto ove il sangue stravasato ne avea smagliate e distese e compresse per molto tempo le fibre.

In fine si può dire che il metodo di cura adoperatosi, se non fu quello che ottenne la guarigione, deve però aver favorito l'opera della natura, cooperando ad attivare l'assorbimento dello stravaso sanguigno, condizione che era indispensabile al ristabilimento più o meno completo della funzione retinica.

Osservazione 26.ª — *Amaurosi destra da estesa emorragia retiniana* (Fig. XIII). *Ambliopia sinistra da congestione retino-coroideale.* — 2 gennajo — Barbieri Filippo, d'anni 64, di Lozza, muratore, d'abito sanguigno, ebbe la madre che morì anasarcatica a 50 anni. Un di lui fratello fu preso istantaneamente da paralisi dei muscoli del lato sinistro della faccia con ambliopia all'occhio corrispondente. Egli da giovine ebbe un'ostinata *febbre intermittente*, a 35 anni una grave *febbre miliare*, a 54 anni divenne ernioso, ed in seguito soffrì ricorrenti enteralgie e borborigmi. Fin

da ragazzo ha gozzo e denti guasti, che gli son cagione di frequenti odontalgie e di cefalee con vertigini, specialmente al mattino. Inoltre da molto tempo è soggetto a reumatalgie alla nuca ed alle articolazioni delle estremità inferiori; soffre tossi ostinate nell'inverno, e facile cardiopalmo nell'ascendere le scale.

Agli occhi ebbe una sola ma lunga affezione trent'anni sono, che fu curata impropriamente cogli ammollienti. Guarito di questa, godette sempre buona vista fino a 4 mesi or sono. A quest'epoca un bel mattino, mentre da più giorni era travagliato da odontalgia con gonfiamento della guancia destra, si accorse di avere offuscata la vista dell'occhio corrispondente, al punto da non poter distinguere alcun oggetto. Provandosi a muover l'occhio, avvertiva che dirigendolo in alto ed ai lati non avea percezione di sorta, dirigendolo in basso a luce viva discerneva le ombre degli oggetti, senza però poter percepirne le *qualità sensibili*. Tali fenomeni amaurotici rimasero sempre immutati, ed in quest'occhio non ebbe mai altre sensazioni moleste. Contemporaneamente alla cecità pressochè completa manifestatasi nell'occhio destro avvertì anche nel sinistro annebbiamento di vista, pel quale le fisonomie apparivangli giallastre, i colori degli oggetti assai smunti; e se fissava in chiesa le candele accese, le fiamme gli si presentavano come altrettanti globetti bianchi circondati da raggi o stellette sfavillanti in diverse direzioni quanto più le guardava. Anche con quest'occhio conosceva le persone soltanto a 6 o 7 bracia di distanza, più in là esse apparivangli ravvolte da nebbia, e gli riesciva impossibile di distinguerle. Tali condizioni rimasero fino ad oggi senza subire alcun cambiamento.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — (*Midriasi artificiale*). — Mezzi rifrangenti normali. — La *papilla* in genere *suffusa*, lucente nel centro, ha i *margini* che si *confondono* quasi *col restante* del *fondo oculare*, e la sua superficie appare alquanto convessa all'innanzi, per cui i vasi che da essa partono sembra descrivano una curva prima di espandersi sulla retina. L'arteria e la vena superiore partono dal centro papillare splendente, i tronchi inferiori invece escono un pò più in basso, alla periferia cioè del disco papillare. La *vena* e l'*arteria inferiore* dopo il decorso di qualche linea al di là del margine della papilla *si perdono in una macchia irregolare rossastra*

(*emorragica*); alcune *piccole arteriuccie* che si staccano dal tronco inferiore dell'arteria, *si dirigono* verso la *macula lutea*, ed ivi si *perdono in un'altra chiazza rossa* (*emorragica*).

Nel segmento inferiore del fondo oculare non appare più traccia di vasi coronarii, *sul margine interno della papilla* si vede un'*estesa macchia rosso-cupa* (*sanguigna*), che si estende all'interno, in basso ed un pò anche al di sopra del meridiano orizzontale. I *margini di questa macchia che occupa quasi la metà del fondo oculare* appaiono *tondeggianti verso la papilla*, assai *irregolari in tutte le altre direzioni*, ove vanno sfumando insensibilmente. *Nel centro di essa* presentansi *varie isolette rotonde* a fondo *gialliccio-splendente*. Più *inferiormente, oltre alla grande macchia echimotica*, se ne riscontrano *altre due*, della *stessa natura, oblunghe, irregolari ai margini*, che verso la periferia, terminano allargandosi ma con una tinta alquanto sfumata. Il *margine esterno della papilla* è demarcato da una *semiluna echimotica* che si continua in basso assumendo un colore meno intenso.

Il restante del fondo oculare riflette una tinta rossa uniforme, ma non lascia distinguere le demarcazioni vascolari della coroidea.

Occhio sinistro. — Mezzi trasparenti normali. — Papilla chiara, splendente particolarmente nel centro, a margini irregolari. — *Vasi* numerosi *turgidi assai e serpentini.* — Retina trasparente; il fondo oculare dà un riflesso marezzato costituito dai *vasi coroideali* che appaiono *assai turgidi* e di *colore rosso chiaro miniato.*

Parallelo tra i segni ottalmoscopici e i sintomi funzionali. — L'amaurosi istantanea dell'occhio destro ha per corrispondente condizione patologica un'estesa emorragia a molteplici focolai, la quale occupa tre quarti del campo retiniano. Il focolajo più esteso interessa anche lo spazio corrispondente alla *macula lutea.* Il terzo superiore della retina essendo rimasto immune da stravasi emorragici, come si può rimarcare nella fig. N.° XIII, permetteva ancora al paziente la percezione degli oggetti grossolani, quando fossero illuminati da luce forte.

La considerevole congestione coroido-retiniana dell'occhio sinistro rende ragione del grave annebbiamento di vista manifestatosi anche in quest'occhio, non che delle anomale sensa-

zioni che esso provava sotto le impressioni delle fiammelle da candela.

Codesto ammalato non lo abbiamo più veduto.

Osservazione 27.ª — Amaurosi sinistra incompleta da emorragia retinica con miodesopsia da opacità mobili nel vitreo. — (Guarigione). — 7 febbrajo 1858. — Lattuada Maria, di Milano, d'anni 57, venditrice di liquori, alquanto pingue, d'abito linfatico-sanguigno, non ebbe alcun amaurotico in famiglia, ma il di lei padre morì d'apoplessia cerebrale.

Nell'infanzia superò il tifo ed a 15 anni la febbre petecchiale. Mestruata per la prima volta a 16 anni, lo fu in seguito sempre regolarmente fino ai 52; un anno dopo l'ultima mestruazione ebbe un abbondante flusso emorroidario.

Maritatasi verso il 5.° lustro d'età, divenne più volte madre, senza soffrire nè in gravidanza, nè in puerperio. L'ultima di lei figlia è rachitica. A 34 anni contrasse le febbri intermittenti che durarono 10 mesi. Nel 1848 in seguito ad uno spavento, cominciò a provare frequente e molesto cardiopalmo, e dopo l'ultima gravidanza, che ebbe or sono nove anni, sotto alle emozioni d'animo soffre spesso d'improvvise ambascie con impedimento della favella e perdita dei sensi, ma dopo tale accesso non le rimane nè gravezza al capo nè altro disturbo d'ordine cerebrale. È a notarsi ch'essa abusò sempre d'ogni sorta di modificatori stimolanti, specialmente d'absinzio, senza soffrire per altro nelle facoltà digerenti, e che pei ripetuti dispiaceri s'abbandonò più volte a prolungato pianto. Agli occhi non ebbe mai alcuna affezione esterna, e solamente or son due anni rimarcò un offuscamento di vista tale che le impediva di leggere e di riconoscere i piccoli oggetti, ma questo fenomeno durò soltanto otto giorni, ed ella non patì d'allora in poi altro incomodo di vista fino verso la metà del gennajo 1858. A quest'epoca cominciò ad avvertire la sensazione di scintille guizzanti nel campo visuale (fotopsia), che ricorreva ogni giorno specialmente al mattino.

Jeri l'altro verso il mezzogiorno avvertì improvvisamente davanti all'occhio sinistro diverse macchie rosso-scure di forma svariata moventisi nel campo visuale. Dopo pochi momenti tacque tale sensazione, ed ella vide invece oscillarle dinnanzi all'istesso

occhio una massa di fili e fiocchi e globi diversamente colorati (rosso, verde, caffè), che le sembravano come un ramicello d'albero da cui pendessero fiori e foglie (sic).

Stato presente. — Codesto corpo mobile essa lo vede ancora; e se tiene l'occhio fisso, le appare in corrispondenza dell'angolo interno dell'occhio alla distanza di due o tre pollici dalla radice del naso e da qui lo vede estendersi verso la guancia sinistra a guisa di coda a rastrello; se muove l'occhio invece, il corpo mobile varia di colori, di forma, di direzione. Quando però non lo ha dinnanzi al campo su cui fissa lo sguardo, essa riesce a distinguere gli oggetti grossolani e le persone, benchè assai annebbiate. Discerne le singole lettere majuscole del N.° 20 della scala di *Jaeger*, ma non arriva a combinarle in parola, perchè nascoste o da nebbia o da macchie oscure. Se le si presenta un piccolo oggetto bianco, lo riconosce in tutte le direzioni, ma assai meno chiaramente quando si porta al basso. Coll'occhio destro adoperato isolatamente vede benissimo.

Le palpebre dell'occhio sinistro sono socchiuse ed ammiccanti, le membrane esterne del bulbo normali, le iridi cerulee, le pupille amendue egualmente mobili. Vi ha volto acceso, cefalea gravativa, testa calda, lingua impaniata, cardiopalmo molesto, impulso valido, suoni estesi e chiari del cuore, polsi tesi e pieni, calor cutaneo aumentato.

Esame ottalmoscopico. — Occhio sinistro (V. Fig. XI). — (*Midriasi artificiale incompleta*). *Rischiarando il fondo oculare coll'ottalmoscopo senza far uso della lente* si vede nella parte *centrale* del *corpo vitreo* un' *opacità nerastra* assomigliabile ad una *ciocca di capelli* che ascende e discende a seconda dei movimenti del bulbo, allargandosi e raggruppandosi variamente in modo da coprire or un'ampia, ora una piccola parte del campo pupillare.

Adoperando la lente biconvessa onde esaminare le pareti del fondo oculare, la *papilla* appare così *confusa e rossa che quasi si perde col resto del fondo oculare*, e la di lei presenza non è demarcata che da un cerchiello periferico più chiaro (*zona sclerotidea*). I *vasi* partono dal centro di essa e *ne scorrono* il *perimetro* in *modo* assai *serpentino*; gli *arteriosi* sono *appena visibili. Al di là della papilla i vasi* stessi *s'ingrossano.* Al *lato*

interno di questa, circa due linee al di sopra della *linea mediana*, si riscontra *una macchia oblunga trasversale di color sanguigno cupo* col *margine inferiore retto* ed il *superiore irregolarmente convesso*, che si *prolunga* in *alto* con *altre macchie irregolari a striscie. Due vasi retinici* derivanti dalla papilla si *perdono* in *codeste macchie.* Un pò più al di *sotto di queste*, due linee circa in distanza dalla papilla, *lungo l' andamento dei vasi coronarii*, si vedono *tre piccole macchie emorragiche seguite* più in basso *da altre più grosse*, *e finalmente da una estesa paragonabile ad una nuvoletta, i cui limiti confinanti quasi coll' ôra serrata non si possono riconoscere.* — In tutto il lato esterno e nelle porzioni dell' interno, che non sono occupate da macchie emorragiche, la retina è trasparente e lascia vedere il fondo coroideale di una tinta rosso vivace senza demarcazioni vascolari distinte.

Parallelo tra i segni ottalmoscopici e i sintomi funzionali. — Nel caso presente, quantunque lo specchio rivelasse estese emorragie in diversi punti della retina, la vista si conservava ancora abbastanza distinta rispetto agli oggetti grossolani per essere tuttavia rimasta illesa la porzione di retina che corrisponde alla macula lutea. Ciò nullameno il campo visuale misurato dall' occhio affetto rimaneva uniformemente assai torbido a motivo della pressione che il sangue stravenato esercitava sulle fibre retiniche, pressione che dovea pur essere in qualche grado sentita per la continuità di tessuto anche dalle fibre rimaste illese. Che le percezioni della porzione esterna e superiore della retina fossero più mal distinte, era in conformità col fatto anatomo-patologico dell'essere tale porzione retinica sede dei due più vasti focolai emorragici. — L'emorragia retinica fu in questo soggetto preceduta da congestione coroideale che si manifestò colla fotopsia. La vista subbiettiva di globi, di fiocchi, di fili variamente colorati, e poi di un ramo d'albero provvisto di fiori e foglie, corrispondeva esattamente al fatto obbiettivo della presenza di opacità mobili nel vitreo ed era sicuro indizio che durante la manifestazione della emorragia retinica qualche porzione del sangue stravasato avea potuto farsi strada attraverso il corpo vitreo, nè da altro poteansi ritenere costituite le opacità mobili in esso riscontrate se non che da grumetti sanguigni galleggianti.

Cura. — Avuto riguardo alla qualità d'affezione retinica verificatasi in questa ammalata ed alle condizioni generali, più sopra da noi riferite, in cui essa versava, si incominciò la cura con un salasso, prescrivendo contemporaneamente un infuso lassativo stibiato. Dai primi di febbrajo ai primi di luglio 1858, la paziente compariva al nostro dispensario, in sulle prime ogni 3 o 4 giorni, in seguito ogni due o tre settimane, attenendosi fedelmente alle prescrizioni igienico-terapeutiche che le venivano fatte, dalle quali essa ebbe alla perfine comune con noi la soddisfazione di ottenere il più perfetto risultato che si potesse desiderare.

Nei primi due mesi insistendo nell'ammalata un particolare orgasmo cardiaco vascolare, cui spesso associavansi segni di congestione al capo, ovvero ai visceri ipocondriaci, ebbimo ad osservare anche nei sintomi oculari od una ostinata stazionarietà o veri peggioramenti. Esacerbava spesso e rendeasi molesta la fotopsia, faceasi qua e là più fosco il campo visuale, e contemporaneamente si verificava aumento d' ingorgo nelle vene coronarie o nei vasi coroideali, ovvero nuove manifestazioni di punteggiature emorragiche sulla retina, ed ampliamenti delle macchie sanguigne già esistenti. Perciò in questo periodo di tempo si dovette prescrivere altre due volte il salasso e più ripetutamente il sanguisugio all'ano, amministrando contemporaneamente prima qualche purgativo o le polveri risolventi, in seguito l' acqua coobata di lauro ceraso a dosi crescenti. Acquietatosi l' orgasmo cardiaco vascolare, e cessati i segni d' iperemia cerebro-oculare, cominciò a vedersi attivato l' assorbimento dei prodotti morbosi intraoculari, diventando sempre meno oscure le opacità del vitreo, e più sfumate le macchie emorragiche della retina. Allora si pensò di coadjuvare l'opera della natura coi diuretici e coi derivativi, prescrivendo le polveri di cremor tartaro, squilla e nitro e i pediluvii senapizzati.

Da ciò si ottenne il rischiaramento progressivo della vista, ed il graduato reintegramento delle condizioni anatomiche nei tessuti oculari. Cosicchè ai 4 di luglio, presentatole un oggetto dinnanzi all'occhio sinistro, essa lo vedeva in tutti i punti distintamente, e solo le appariva leggermente velato se glie lo si metteva rimpetto al naso od un pò più in là. Dall' esame oftalmoscopico risultò che le macchie emorragiche erano scomparse, ed in loro luogo

rimaneva un lieve opacamento del tessuto retinico e l'atrofia di qualche vasellino coronario.

Dopo sì bella guarigione ottenuta, crediamo, almeno in parte per virtù di una cura appropriata, ci dispiacque non poco di sentire che la Lattuada, essendo stata colpita alcune settimane or sono da un novello offuscamento di vista, dovuto assai probabilmente ad altra emorragia retinica, dimenticossi di noi per affidare ad altri la cura della sua nuova affezione oculare.

Osservazione 28.ª — *Amaurosi sinistra incompleta da emorragie molteplici della retina.* — 9 marzo 1858. — Borsani Giuseppe, di Milano, calzolajo, d'anni 46, di temperamento sanguigno, pallido assai ed emaciato, godette nella prima gioventù perfetta salute ed ottima vista, ma dopo il 12.° anno è soggetto a frequenti emorragie nasali. Fu militare e durante il servizio superò due affezioni pleuritiche, ebbe una volta la scabbie, e riportò un ulcero sifilitico al glande che guarì con mezzi puramente locali, senza dar luogo mai a manifestazioni secondarie. Nel 1842 terminato il servizio militare, cominciò a soffrire frequenti bronchiti, dolori reumatici specialmente alle spalle, ed epistassi più gravi che per lo addietro. Strenuo bevitore di vino fin da giovane, ora non lo è che d'acquavite quando arriva a possedere qualche quattrino. Da tre anni prova difficoltà nel discendere e nel salire le scale per debolezza alle estremità inferiori, alle quali soffre un quasi continuo senso di freddo e di torpore. Fu nel 1848 che avvertì qualche sconcerto nella facoltà visiva e ciò in seguito ad una grave epistassi che avea reso necessario il tamponamento. In allora siccome gli oggetti apparivangli annebbiati, ricorse agli occhiali leggermente convessi, coi quali riesciva a correggere sufficientemente il difetto di vista. Ma sul finire dello scorso anno accortosi di assai facile stanchezza di vista, che aumentando verso sera gli impediva assolutamente di lavorare, fu costretto ad abbandonare il proprio mestiere. Poco dopo rimarcò un più considerevole offuscamento nella vista dell'occhio sinistro, sicchè con esso riesciva a distinguere i soli oggetti grossolani e percepiva spesso la sensazione di scintille azzurrigne che si aumentavano al minimo sfregamento del bulbo.

Al momento in cui egli si presentò al dispensario, obbligan-

dolo a fissare l'occhio sinistro in linea retta, mentre l'altro si teneva chiuso, e poscia movendo orizzontalmente un corpo dinanzi a quello, si trovò che il campo visuale era assai ottenebrato all'*interno e nel centro*, ove il paziente accennava ad un velo trasparente che copriva l'oggetto fissato senza però toglierne completamente la visione. — All'esterno la vista avea l'estensione normale, ed era abbastanza buona rispettivamente agli oggetti grossolani.

L'occhio sinistro non presentava esternamente altra differenza in confronto del destro se non nella pupilla che era un pò più dilatata, oblunga nel senso verticale ed oscuramente mobile.

Esame ottalmoscopico. — Occhio sinistro. — Mezzi trasparenti normali. — *Tutta la superficie della retina*, dalla papilla fino alla periferia, *tempestata* di piccole *emorragie capillari di forma punteggiata o lineare.* Verso la linea equatoriale, le emorragie assumono una maggiore estensione; sul lato esterno della superficie retinica sono assai meno numerose, più fine e più lontane tra loro che non sul lato opposto. Nessuna poi di esse sovrasta ai vasi coronarii che sono abbastanza nutriti, ma tutte vedonsi fra gli interstizii dei medesimi. Attraverso le larghe porzioni di retina liberi da echimosi, si discerne bene il riflesso roseo della coroidea senza che se ne possano distinguere le demarcazioni vascolari.

Parallelo tra i sintomi funzionali ed i segni ottalmoscopici. — Nel caso presente le molteplici e piccole emorragie di cui si rinvenne cospersa la retina, furono assai probabilmente l'effetto di un trapelamento del sangue attraverso dei capillari che di un vero stravaso per lacerazione dei vasi coronarii. La minore abbondanza di dette emorragie, che, per l'esame ad *immagine capovolta* (fatto coll'ajuto della lente convessa), appariva sul lato esterno della retina, dava ragione della maggiore sensibilità della parte interna della retina.

L'essere questa membrana ancor sufficientemente nutrita da suoi vasi e libera in molte proporzioni della sua superficie da echimosi, spiegava il perchè la facoltà visiva non era del tutto abolita, benchè estesa fosse la alterazione morbosa.

Le macchielte sanguigne emorragiche in corrispondenza delle quali la sensibilità della retina dovea essere abolita o per lo me-

no assai debole, costituivano la ragione anatomica del velo o della nebbia attraverso di cui il paziente *distingueva ancora gli oggetti grossolani.*

Anche questo ammalato non è più ricomparso.

Osservazione 29.ª — *Vista interrotta nel senso trasversale da emorragia della retina.* (*Guarigione*). — 1 giugno 1858. — Mattarelli Giacomo, di Lecco, d'anni 65, di robusta costituzione, d'abito cefalico, di professione intagliatore, trasse i natali da genitori sani, che godevano vista perfetta e che morirono in età assai avanzata; ha diversi fratelli robusti essi pure e di vista eccellente.

Nell'infanzia superò felicemente il vajuolo e non ebbe in seguito alcuna malattia di riguardo, ma soffrì soltanto assai moleste cefalalgie durante la sua gioventù, le quali tacquero del tutto quando verso i 25 anni gli si svilupparono emorroidi che in principio fluivano periodicamente con qualche abbondanza. Non abusò nè di Bacco, nè della Venere, ma adoperò moltissimo la vista di giorno e di notte in lavori finissimi, e verso i 48 anni divenne presbite. Otto anni sono cominciò ad avvertire in ambo gli occhi ricorrente miodesopsia ed un legger annebbiamento di vista, correggibile però cogli occhiali convessi. Verso la metà dello scorso maggio, mentre stava lavorando, egli rimarcò quasi improvvisamente dinnanzi all'occhio destro come una nuvoletta grigia di forma semilunare colla concavità in alto, che impedivagli di vedere quegli oggetti o quella parte di essi, che trovavansi immediatamente al di sopra del punto su cui dirigeva l'asse visuale, mentre più in alto e più in basso avea percezioni ancora sufficientemente distinte.

Stato presente. — In tali condizioni si trova anche attualmente la vista dell'occhio destro, di modo che se fissa gli occhi di una persona, non ne vede la fronte, mentre ne distingue bene il resto della testa. Anche attraverso di questo annebbiamento discerne l'ombra degli oggetti, ma questa interruzione benchè lieve del campo visuale gli riesce di grave pregiudizio pei lavori finissimi a cui deve attendere. Coll'occhio destro non può leggere correntemente nemmeno il N.° 20 della scala di *Jaeger*, perchè vede le parole interrotte e se vuol continuare a fissarle avverte tosto le molestie della copiopia.

L'occhio sinistro ad eccezione della presbiopia non ha alcuna alterazione di vista. — Le pupille sono in ambedue regolari e mobili.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — (*Midriasi artificiale*). Mezzi rinfrangenti normali. — *Papilla a margini alquanto irregolari*, i *vasi coronarii* alquanto *esili. Alla distanza di circa 3 linee dalla papilla,* nella parte *superiore* ed *interna* del campo ottalmoscopico, vedesi un'*estesa chiazza* costituita da *punteggiature rossiccie* (*echimosi*) distinte in diversi gruppi, e negli *interspazj* appaiono qua e là *alcune macchiette* di color *giallo-chiaro,* della grandezza di un grano di miglio, le quali sembrano rilevate e situate sulla superficie interna della retina. Esse hanno l'aspetto di coaguletti fibrinosi prodotti dalla separazione della fibrina dalla sostanza colorante del sangue. La grande *chiazza* si estende *fino alla periferia* della *porzione interna della retina*, ma non arriva a toccare il campo della macula lutea e superiormente non oltrepassa le prime diramazioni dei vasi coronarii. Seguendo il decorso di questi, vedesi l'arteria corrispondente entrare nella macchia echimotica e poi smarrirsi. La coroidea offre un riflesso rosso ranciato, ed ove non esiste l'echimosi retinica, si possono discernere anche le di lei demarcazioni vascolari.

Nell'altro occhio tutto è normale, se si eccettua che i vasi coronarii sono alquanto esili.

Parallelo tra i sintomi funzionali e i segni ottalmoscopici. — L'interruzione in senso trasversale del campo visivo è prodotta nell'occhio destro da una nube di forma semilunare attraverso della quale il paziente distingue ancora l'ombra degli oggetti. A tale perturbamento funzionale corrisponde perfettamente la presenza di diverse isolette echimotiche che occupano la superficie anteriore della retina al di sopra della macula lutea e della linea trasversale del bulbo. L'emorragia fu cagionata dalla lacerazione dell'arteria coronaria superiore la quale si vede terminare appunto nella chiazza echimotica.

La sensibilità visiva appartenente alla porzione retinica situata al di sopra e al di sotto dello spazio occupato dalle emorragie è normale. In corrispondenza della parte occupata dal sangue stravasato essa è appena diminuita e non abolita, e ciò prova che anche qui le fibre della retina sono velate e leggermente compresse ma non disorganizzate.

Cura. — La cura dovea istituirsi in base alle indicazioni presentate dall' emorragia verificata nella retina, non che dalle condizioni generali dell'individuo. Eravi testa greve, lingua sporca, polsi tesi e pieni, primo suono del cuore cupo e prolungato, secco e risuonante il secondo, flusso emorroidario abituale soppresso da alcuni mesi. Si prescrisse un sanguisugio all'ano, gli epitemi freddi all' occhio, i pediluvii senapizzati e l' uso continuato a lungo delle pillole di Brera.

L'ammalato eseguì fedelmente le prescrizioni igienico-terapeutiche che gli si eran consigliate, e nell' ottobre scorso ci si presentò nuovamente pieno di riconoscenza, dichiarandosi perfettamente guarito. — Coll'esame ottalmoscopico rilevammo completamente svanite tanto le macchie rossiccie quanto le giallastre che prima occupavano una porzione alquanto estesa della retina.

Osservazione 30.ª — *Ambliopia destra centrale da esiti di pregressa emorragia in corrispondenza della macula lutea.* — (V. Fig. XIV). — 15 giugno 1858. — De Micheli Maria, d'anni 21, da Lugano, di temperamento sanguigno, di costituzione buona, sarta di professione, ha la madre e diversi altri individui di sua famiglia che sono emorroidarii. Fu mestruata a 16 anni per la prima volta, e lo fu in seguito sempre scarsamente, soffrendo anche di tempo in tempo qualche mese d'amenorrea. Quattro anni sono passò a marito, ed ebbe tre figli sani; percorse le gravidanze regolarmente, se si eccettui qualche disturbo emorroidario che la travagliò dopo il primo ed il terzo parto. Nei primi due puerperii non allattò, nel terzo si provò a farlo per 2 mesi, ma dovette desistere per improvvisa cessazione della secrezione lattea. Parca nel mangiare, ma assai dedita al vino, soffre da anni difficoltà nel digerire, pirosi, tensione epigastrica, che s'aumenta dopo il cibo, rendendole intollerabile la cintura in vita. È abitualmente stitica, e da qualche tempo avverte scolo sanguigno dalle emorroidi durante la defecazione.

Non ebbe mai affezioni oculari in prima gioventù e godette sempre di buona vista fino ad un mese fa. A quest'epoca, mentre allattava ancora il proprio bambino, una mattina appena svegliata avvertì dinanzi all'occhio destro una nebbia bigia sparsa di alcuni punti neri, che le rendeva assai velata la vista impedendole di

leggere e di applicarsi a suoi lavori, quantunque la vista dell'altro occhio rimanesse ancora integra. A tutta cura le fu applicato un vescicante al processo mastoideo, ma le condizioni anomale della vista rimasero nel medesimo stato. Ora coll'occhio destro osservando direttamente sopra un libro, se fissa le lettere di fronte le vede coperte di piccole macchie irregolari, alcune più grosse delle altre, ma che non oltrepassano il volume di un grano di miglio. Tali macchie le vede in maggior numero a destra che a sinistra di qualunque punto ella fissi, ed esse vanno perdendosi in una nebbia, che tutte le circonda, al di là della quale ella discerne ancora abbastanza bene gli oggetti, se chiude l'occhio destro, coll'altro ha percezioni distinte e precise.

La pupilla è egualmente regolare e mobile in ambedue gli occhi.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro. — (V. Fig. XIV). — Mezzi trasparenti normali. — *Papilla* regolare, *suffusa.* — *Vasi arteriosi esilissimi,* i *venosi* invece alquanto *turgidi,* di color rosso-cupo, decorrono *assai serpentini.* In *corrispondenza* della *macula lutea* avvi una *macchia gialla oblunga,* della grandezza e della forma di un piccolo fagiuolo, la quale è *sparsa* di *punti neri* aggruppati in diversa maniera. Fra questa e la papilla avvene *un'altra dello stesso colore* e dell'apparente grandezza di una lenticchia. Il restante della retina è trasparente e lascia intravedere il fondo rosso ranciato, riflesso dalla coroidea.

Parallelo tra i segni ottalmoscopici ed i sintomi funzionali. — Alla nebbia bigia che copre il centro visuale corrisponde benissimo la macchia gialla oblunga della grandezza di un fagiuolo che si osserva nel campo della *macula lutea*; ai punti neri percepiti dalla paziente nel mezzo di essa corrispondono altri punti nerastri che aggruppati in diversa maniera si rimarcano nella superficie della notatá macchia *giallastra.* Questi sembrano prodotti da piccole emorragie, le quali appaiono di color scuro perchè datano già da un mese. Probabilmente tali alterazioni avvennero sotto la influenza di una retinite promossa da molteplici cause, vale a dire dagli sforzi d'allattamento e dalla subitanea mancanza di secrezione lattea, dalle abituali irregolarità della mestruazione, nonchè dalla irritazione simpaticamente propagata dalla lenta gastrite in corso, cui serviva di continuo fomento l'abuso abituale di stimolanti.

Della preesistenza della retinite si hanno i segni postumi nella permanente suffusione della papilla, nella piccolezza dei vasi arteriosi, nell' aumentato calibro e nel tortuoso andamento dei venosi, ed infine nelle due macchie gialle che si osservano sulla superficie retinica, le quali, avuto riguardo all'epoca non molto remota da cui data lo sviluppo della malattia, non si possono ritenere come postumi di uno stravaso sanguigno di cui sia stata assorbita la parte cruorica, ma piuttosto come essudati plastici che si formarono sotto il dominio di quella stessa congestione infiammatoria della retina che determinò altresì le piccole emorragie punteggiate di cui si è detto.

Cura. — A quest'ammalata si è consigliato pel momento un sanguisugio all'ano ed una metodica cura idropatica, allo scopo di vincere l' irritazione gastrica e di riordinare la mestruazione. A tali mezzi avrebbe dovuto aggiungere le frizioni solventi al sopracciglio. Ma i risultati di questa cura non li possiamo riferire, giacchè non ebbimo più notizie dell'ammalata.

Osservazione 31.ª — *Ambliopia doppia con parziale limitazione del campo visuale da emorragie della retina.* — 29 gingno 1858. — Oriani Francesco, ricoverato nel luogo pio Triulzio, d'anni 75, nativo di Cusano, piccolo di statura, a collo corto, calvo ma ancor vegeto di forze, condusse sempre una vita regolatissima e godette buona salute fino al 53.º anno. A quest'epoca ebbe ripetutamente febbri intermittenti che gli lasciarono qual postumo frequenti dolori all' addome, e massime agli ipocondrii. Lavorò molto nella campagna al sole ed all'acqua senza soffrire. Godette sempre di buona vista, come tutti i suoi parenti, fino all' età di 50 anni, ed allora divenne presbite, ma cogli occhiali riesciva facilmente a correggere questo difetto. Fu soltanto ai 5 di marzo 1857 ch' egli nello alzarsi da letto avvertì tutto ad un tratto come un moscerino coll'ali spiegate nel centro del campo visuale dell'occhio destro, il quale impedivagli di vedere il centro delle cose verso cui fissava lo sguardo, mentre poteva bene distinguere gli oggetti e le parti di essi poste al di sopra, al di sotto ed ai lati del punto fissato, cosicchè se guardava di fronte una persona ne vedeva le spalle, il torace, la fronte ma non il resto della fisionomia; se un quadro, ne vedea le cornici ed un pò dei margini

ma non il dipinto. Tale fenomeno rimaneva stazionario, non accompagnato nè da fotopsia, nè da senso di corpi volitanti, nè da altre molestie all' occhio od al capo, se non che ai 14 di giugno dello stesso anno anche dinnanzi all'occhio sinistro, col quale già da molti anni nel fissare una fiamma di candela, la vedeva come cinta da raggi massime nella sua metà inferiore, comparve improvvisamente la stessa sensazione di un corpo opaco, ma che, invece di occupare il centro del campo visuale, ne velava la metà inferiore, in modo che, qualunque corpo avesse davanti, ne vedeva bene la metà superiore ed offuscata da nebbia scura la metà inferiore. La luce del sole ed i riflessi lo abbagliavano assai, per cui dopo aver subìta un pò a lungo la loro influenza, gli rimaneva per alcun tempo uniformemente ottenebrata la vista. La fiamma della candela gli sembrava grande come quella d' una torcia, ma di color normale. Al mattino ed al tramonto vedeva qualche cosa meglio. Il medico cui egli allora ebbe ricorso, gli amministrò per lungo tempo pillole drastiche, durante l' uso delle quali erasi migliorata la vista nell' occhio sinistro, mentre avea peggiorato nel destro. Allora l'Oriani pensò di astenersi per molti mesi da ogni cura, ma addì 29 giugno 1858, essendosi accorto che la vista eraglisi da alcuni giorni maggiormente offuscata, non solo nel centro del campo visuale dell'occhio destro, ma eziandio in quello del sinistro che prima era annebbiato solamente nella parte inferiore, si presentò al nostro dispensario ove fu sottoposto per la prima volta all'esame ottalmoscopico.

Esame ottalmoscopico. (Midriasi artificiale) — Occhio destro. — La *lente* è alquanto *opacata* da *esili macchiette semitrasparenti cinericcie.* Il vitreo è normale. La *papilla* rotonda, *cinerea dintorno alla sortita dei vasi* — *le arterie* coronarie sono alquanto *esili*, le *vene inegualmente turgide.* In *corrispondenza* di alcune *diramazioni arteriose inferiori poco lungi dalla papilla* si vedono *molteplici macchie rosse* o *punteggiature echimotiche semi-trasparenti*, attraverso le quali si distinguono ancora i vasi coroideali, ciò che prova aver esse loro sede nella retina. Nel campo della *macula lutea* si osserva un *vortice emorragico* costituito da una *macchia grande irregolare rosso-cupa* ed altre *minori* e meno sature *intorno a questa.* Il restante della retina è trasparente e scarso il pigmento della coroidea, per cui di quest' ultima si vedono benissimo demarcati i vasi.

Occhio sinistro. — Mezzi trasparenti normali. — Papilla regolare: *a due linee di distanza dal margine interno un pò inferiore di questa* si vedono due *macchie rosse* (*echimotiche*), una delle quali è grossa quanto un grano di canape, l'altra è semicircolare, più cupa e presenta la figura di un piccolo fagiuolo. Attraverso a queste macchie traspaiono i vasi coroideali. Il restante della retina è trasparente, i suoi vasi sono esili, mentre quelli della coroidea sono assai turgidi e rossi.

Parallelo tra i segni ottalmoscopici ed i sintomi funzionali. — In questo caso il focolaio emorragico constatatosi in corrispondenza della macula lutea nella retina destra valeva benissimo a spiegare l'offuscamento centrale del campo visuale dell'occhio destro, nel quale si era un pò rischiarata la vista, forse per un parziale assorbimento determinatosi nello stravaso sanguigno, ed in seguito si era di nuovo maggiormente offuscata per ulteriore effusione emorragica avvenuta nella stessa regione, come si potea ritenere dal colore rosso ancora vivace che offriva la macchia apopletica ultimamente verificata. — Le due chiazze emorragiche invece riscontrate poco al di sotto della macula lutea nell'occhio sinistro, valgono a spiegare il recente offuscamento manifestatosi anche nel centro del campo visuale di quest'occhio, ma non sono sufficienti a spiegare l'annebbiamento di tutta la metà inferiore di detto suo campo visuale che continuò per un anno intero. Si può invece supporre che in origine siavi stata una effusione emorragica piuttosto estesa nella porzione superiore della retina, e che anche dopo avvenuto l'assorbimento del sangue effuso, la retina sia ivi rimasta inerte per alteramenti piuttosto profondi avvenuti nella sua compage, in forza della prolungata compressione del sangue. L'esilità straordinaria delle arterie coronarie viene in appoggio di tale supposizione.

Qui potremmo aggiungere altri tre casi di emorragia retinica osservati al nostro dispensario, ma siccome non trovammo raccolte notizie abbastanza precise sulle condizioni anamnestiche e sulle modalità dell'alterazione visiva, che si verificarono nei singoli individui, così crediamo più opportuno di riferirne due altri, uno dei quali ebbimo

noi occasione di vederlo nel territorio svizzero, e l'altro venne riscontrato in una sala dell'Ospedale Maggiore dall'egregio nostro collega dott. *Gritti*, il quale gentilmente ce ne comunicò la storia.

Osservazione 32.ª — *Ambliopia destra da emorragia punteggiata della retina complicata a congestione coroideale.* — 20 settembre 1858. — N. N.; frate cappuccino, a Canobbio, d'anni 65, d'abito robusto, di temperamento sanguigno, colpito nello scorso anno da apoplessia cerebrale con emiplegia destra, dopo ripetute sanguigne n'era guarito abbastanza bene. A quell'istessa epoca s'era accorto di un considerevole offuscamento della vista nell'occhio destro, sicchè non poteva con esso distinguere nè i caratteri grossolani di stampa, nè i lineamenti delle persone, ed una tale alterazione visiva era rimasta sempre immutata ad onta delle sottrazioni sanguigne, che avean fatto quasi cessare del tutto gli altri sintomi paralitici.

L'occhio destro osservato alla luce naturale offriva nulla di anormale allo esterno, ma soltanto poco mobile e mediocremente dilatata la pupilla. I movimenti dei bulbi erano liberi in tutti i sensi.

Esame ottalmoscopico. — Occhio destro (Midriasi artificiale). — Normali i mezzi trasparenti. — La *papilla ottica rossigna* e *suffusa* appena si discerneva per la presenza dei *vasi coronarii* da essa emergenti. — Questi apparivano *di calibro minore del normale. Numerose punteggiature rosse* (emorragiche) riscontravansi sparse *su tutta la superficie retinica* massimamente *a fianco dei vasi visibili. Una* di esse, ed era la più ampia, *occupava il campo della macula lutea.* — I *vasi* della *coroidea* manifestavansi assai *turgidi* e *rossi.* La pigmentazione di questa membrana era assai scarsa.

Parallelo tra i segni ottalmoscopici ed i sintomi funzionali. — L'emorragia cerebrale e retinica avvennero nel soggetto della presente storia nel medesimo tempo e dallo stesso lato. Ecco dunque come l'ottalmoscopo, rivelando l'emorragia retinica, rischiara nei casi di questo genere la diagnosi e la rende precisa; senza essa nel caso già narrato l'amaurosi si sarebbe creduta l'effetto di una lesione cerebrale, ma si sarebbe difficilmente potuto spie-

gare la coesistenza dell'amaurosi e dell'emiplegia dall'istesso lato. La circostanza poi che la maggior chiazza emorragica occupava la macula lutea, veniva a spiegare la ragione della quasi totale abolizione della vista.

Il paziente soddisfatto a *suo modo* di sapere che il difetto di vista non dipendeva da cataratta, dichiarossi non intenzionato di intraprendere una cura, ma accolse volontieri alcuni consigli igienici che gli vennero dati allo scopo di evitargli mali maggiori.

Osservazione 33.ª — Emeralopia in gravidanza cessata dopo il parto. — Ambliopia doppia in puerperio da emorragie retiniane. — 24 novembre 1858. — Pecora Giovanna, d'anni 29, contadina, di temperamento linfatico, di costituzione debole e deperita, d'intelligenza assai limitata, nacque in Civeso ed abita in Carpiano (luogo di risaje). Ebbe il padre che morì in fresca età, ed ha vivi e sani la madre ed i fratelli che non soffersero mai affezioni oculari. Essa fu mestruata sempre regolarmente fino dai 15 anni, si occupò in lavori di campagna anche in mezzo alle risaje, ma non fu mai soggetta a febbri intermittenti, non soffrì nè dolori al capo, nè reumatismi, nè altra malattia di carattere, ma fino dalla prima gioventù patisce di odontalgia per lenta infiammazione scorbutica alle gengive e per carie dei denti, che quasi tutti presentansi mobili nell'alveolo od erosi o scoperti fin quasi alle loro radici. Si maritò a 20 anni ed ebbe quattro figli; durante le gravidanze ha sempre varicose la vene della gamba destra.

Godette buona vista in gioventù ed anche dopo, fino al nono mese della seconda gravidanza. A quest'epoca (luglio 1852) divenne gradatamente emeralopa, sicchè in capo ad alcuni giorni essa non poteva più discernere la fiamma della candela e nemmeno la luna.

Al mattino essa riacquistava la vista; si trovava del resto in ottimo stato di salute, benchè un mese prima avesse lavorato molto nelle risaje. È a notarsi che nessun'altro del suo paese soffriva allora simile anomalia visiva. Sgravatasi la sera del 27 luglio, essa potè subito distinguere con tutta chiarezza gli oggetti e le persone che la circondavano.

Addì 10 agosto 1855, mentre era al nono mese della terza gravidanza, levatasi da letto s'accorse d'aver perduto quasi totalmente la vista, non discerneva che l'ombra degli oggetti grossolani, i quali apparivanle come coperti da una densa nebbia. Il medico sopracchiamato fecele applicare molte mignatte alle tempia, dalle quali ebbe tanto vantaggio, che in 15 giorni circa la sua vista era tornata allo stato primitivo.

Addì 10 del p. p. ottobre, dopo aver passata una gravidanza assai incomoda, che avea richiesti due salassi e mignatte ripetute all'epigastrio, partorì per la quarta volta, ed il giorno dopo il parto le si soppressero i lochi. In quinta giornata di puerperio, appena fu sveglia, meravigliossi non poco di vedere tutto quanto la circondava come se fosse coperto da una nebbia rossastra, anche la fiamma della candela apparivale rossa e rotonda come un pallone. Allora la paziente non ebbe altri sintomi subbiettivi, nè pensò a verificare se un occhio solo o tutti e due le cagionassero quella straordinaria sensazione visiva.

Durante le prime settimane di puerperio essa non volle sottoporsi a cura di sorta, ma non avvertendo mai uno spontaneo miglioramento nelle condizioni della sua vista, si risolse ad un'applicazione di sanguisughe alle tempia che le recarono notevole vantaggio. Finalmente addì 28 del novembre p. p. cercò ricovero nell'Ospedale Maggiore, e venne collocata in Sala S. Gaetano, ove fu diligentemente esaminata dal sig. dott. *R. Gritti*. Allora presentandole un oggetto dinanzi all'occhio sinistro, apparivale un pò annebbiato, ma di color normale se glielo si poneva un pò più lontano. Con quest'occhio vedea colorita in rosso la finestra che le stava di fronte a 5 o 6 piedi di distanza, al di là della finestra gli oggetti parevanle di colorito normale.

Coll'occhio destro vedea semplicemente una nebbia uniforme che le velava gli oggetti. Guardando con tutti e due, l'offuscamento visivo riesciva maggiore, ma nè con l'uno, nè con l'altro potea leggere i caratteri che corrisponderebbero al N.° 16 della scala d'*Jaeger*. — Ambo gli occhi apparivano attoniti, le pupille mediocremente dilatate, poco mobili.

Esame ottalmoscopico. — Occhio sinistro. — Mezzi trasparenti normali. — *Papilla* alquanto *ampia*, rotonda — il suo margine coroideale è fosco, il restante del suo perimetro dà un riflesso

alquanto cinericcio — i vasi che ne emergono hanno disposizione e distribuzione normale, ma le *arterie* sono assai *esili* e *pallide*, mentre le *vene* sono molto più *turgide* dell'ordinario. In corrispondenza alla *macula lutea* si riscontra una *macchia romboidale*, di color *rosso chiaro*, il cui margine interno è sfumato. Tale *macchia* indubitatamente *emorragica* appartiene alla retina. Al di sotto di quella traspaiono ancora i vasi coroideali, che si osservano ancor meglio designati nel restante del fondo oculare. — *Lunghesso il vaso venoso superiore destro*, vedesi un'altra *macchia emorragica più piccola* della già descritta, ma con *eguali caratteri.*

Occhio sinistro. — Anche in esso lo stesso genere d'alterazioni, colla differenza che qui *una* delle macchie emorragiche *posava sopra* un *vaso venoso* poche linee al di *sopra* del *margine esterno* della *papilla*, e *l'altra* più *ampia* corrispondeva al campo della *macula lutea.* Le arterie coronarie erano in quest'occhio più sottili che nell'altro — la rete dei vasi coroideali assai ben distinta.

Considerazioni. — In questa ammalata prima della manifestazione dell'emorragia retinica si notarono per ben due volte turbamenti organico-funzionali negli organi della visione, ed allora come attualmente sotto l'influenza delle condizioni speciali, che accompagnano la gravidanza. Verso l'ultimo mese della seconda gestazione si verificò in lei un fenomeno certo non frequente in simili circostanze, cioè l'*emeralopia* (1); all'istess'epoca della terza gestazione si rimarcò un'ambliopia più grave che continuava sia di giorno che di notte. Ora se si considera, che l'effettuazione del parto bastò la prima volta per far cessare l'emeralopia, ed un copioso sanguisugio valse nella seconda a ripristinare in pochi giorni la facoltà visiva, e se si ha riguardo alla circostanza che in

---

(1) *Schmitt* ha osservato per ben tre volte in una stessa donna l'*emeralopia* transitoria, verso la fine della prima e della terza gravidanza, e durante l'allattamento del quarto puerperio. In quest'ultima volta l'*emeralopia* era associata ad accidenti gastrici. Sì questi che quella scomparvero al cessar dell'allattamento. La prima volta tale anomalia visiva avea tenuto la durata di 8 settimane, la seconda di un mese, ed erasi dissipata poco dopo l'avvenimento del parto. (« V. Medizinische Zeitung », N.° 25, 1856).

questa donna ad ogni gestazione si manifestavano varici specialmente alla gamba destra, si potrebbe con molto fondamento ammettere, che nel primo caso l'emeralopia fosse sostenuta da un ingorgo uniforme passivo dei vasi coronarii e dei coroideali, capace di rendere la retina assai torpida, cioè poco sensibile allo stimolo di una luce scarsa, e che nel secondo caso l'ambliopia grave esprimesse una congestione più intensa e completa, diffusa cioè alle arterie ed alle vene della retina e fors' anche a quelle della coroidea.

Riferendo a simili condizioni morbose le pregresse alterazioni della vista, si trova meglio spiegata la genesi della recente alterazione che si potè constatare sulla retina a mezzo dell'ottalmoscopo. Si comprende cioè più chiaramente come alcuni di quei vasi che già subirono una considerevole distensione dai ripetuti attacchi congestivi, abbian potuto sotto l'influenza delle medesime condizioni generali lacerarsi in qualche punto, per modo da determinare delle *emorragie in seno alla retina*.

Anche questa volta i disordini circolatorii che accompagnarono la gravidanza assai travagliata della donna, riescirono di causa disponente a quell'ingorgo retinico, il qual poi sotto l'influenza degli sforzi del parto e della brusca soppressione dei lochi diè luogo alla rottura di qualche vasellino retiniano ed alla parziale effusione sanguigna. Ma se quest'ultimo è a ritenersi nel caso attuale come la causa prossima dell'ambliopia manifestatasi improvvisamente in quinta giornata di puerperio, non si saprebbe però trovare la perfetta corrispondenza dell'alterazione funzionale col genere della lesione verificatasi sulla retina. La presenza, vogliam dire, dei due focolai emorragici, uno dei quali occupava il campo della macula lutea, non vale secondo noi a spiegare il perchè questa donna vedesse velati come di un color rosso gli oggetti posti ad una data distanza, mentre i più vicini, e i più lontani, apparivanle di colorito quasi normale.

Cura e decorso. — Ad ogni modo l' indicazione terapeutica emergeva chiarissima dal carattere dell'affezione retiniana, e dallo stato d'esaltamento generale del circolo sanguigno che vi si associava.

Infatti la cura che consistette in 2 salassi, 3 applicazioni di mignatte, una volta all'ano e le altre ai mastoidei, nell'uso interno di

qualche polvere drastica ed infine nelle frizioni al sopracciglio coll'unguento napoletano, fu coronata da eccellente successo, giacchè dopo circa 20 giorni di degenza nell' ospedale l' ammalata potè uscirne colla vista quasi perfettamente ripristinata.

All'esame ottalmoscopico praticato qualche giorno prima della sua partenza dall'ospedale, che ebbe luogo il 16 dicembre, si notò una riguardevole diminuzione delle macchie emorragiche, tanto in grandezza quanto in intensità di colore. — Quella che corrispondeva alla macula lutea dell' occhio sinistro era diminuita a circa la metà della grandezza primitiva, e presentavasi più trasparente ed a margini incavati.

Spiegazione delle Figure.

Tav. V. Fig. VIII. Osservazione 16.

Retina sinistra veduta ad immagine capovolta. Papilla leggermente rilevata alla periferia e circondata da un anelletto nerastro. Scomparsa quasi totale del sistema arterioso, atrofia rimarchevole del venoso. Le macchie nerastre reticolate e dendritiformi che si osservano verso la periferia, sono costituite da pigmento infiltrato nella retina. Attorno alla papilla appajono i vasi coroideali.

Tav. V. Fig. IX. Osservazione 17.

Retina destra veduta ad immagine capovolta. Papilla ottica a superficie leggermente convessa. Arterie della retina in parte atrofiche ed in parte mancanti. Attorno al margine papillare e lungo la regione equatoriale vi sono delle deposizioni nerastre, punteggiate, anulari di pigmento infiltrato nella retina.

Tav. VI. Fig. X. Osservazione 24.

Retina sinistra ad immagine capòvolta. Papilla ottica e vasi coronarii normali. Lungo le arterie coronarie superiori vi sono due chiazze rossastre emorragiche riunite da un piccolo istmo. La superiore di queste presenta verso la periferia una macchia splendente giallognola.

Tav. VI. Fig. XI. Osservazione 27.

Retina sinistra veduta ad immagine capovolta. Papilla ottica

poco distinta e rossastra; atrofia riguardevole del sistema arterioso. Le macchie estese di tinta rosso-cupa rappresentano due centri di emorragie della retina. Il sangue proviene dai vasi coronarii arteriosi e venosi della retina dal quale si trovano interotti e coperti.

Tav. VII. Fig. XII. Osservazione 23.

Retina destra osservata ad immagine capovolta. Papilla ottica assai suffusa ed a margini poco distinti. Arterie coronarie quasi totalmente scomparse, vene alquanto piccole e poco ramificate. Tutta la superficie della retina è picchiettata da chiazze rosse emorragiche, alcune delle quali sono a guisa di punteggiature, altre rotonde, altre ovali ed altre oblunghe e quasi raggiate. Inferiormente a sinistra vedesi una chiazza a fondo giallognolo con sovrapposizione di una tinta cinericcia. Al di sopra del margine coroideale della papilla vi sono parecchie punteggiature della stessa natura.

Tav. VII. Fig. XIII. Osservazione 26.

Retina destra veduta ad immagine capovolta. Papilla ottica alquanto rilevata, suffusa alla periferia, splendente nel centro. Estese macchie emorragiche che occupano gran parte dell'emisfero inferiore ed interno della retina. Sulla maggiore di queste vedonsi parecchie piccole chiazze giallognole splendenti. I vasi coronarii ove non sono coperti dal sangue stravenato appajono ingrossati ed alquanto serpentini.

Tav. VIII. Fig. XIV. Osservazione 30.

Retina destra veduta ad immagine capovolta. Papilla ottica alquanto suffusa, vasi arteriosi esilissimi, vasi venosi turgidi e serpentini. La macchia giallognola picchiettata in nero corrispondente alla *macula lutea*, rappresenta un postumo di emorragia.

Tav. VIII. Fig. XV.

Retina destra osservata ad immagine capovolta. Papilla ottica assai grande, di color bianco splendente madreperlaceo, a superficie piana, a margini irregolari. I vasi retinici venosi ed arteriosi sono assai atrofici. Il fondo dell'occhio è ranciato pallido.

Questa figura rappresenta una delle forme di *atrofia della papilla* delle quali si è fatto cenno nell' Articolo 5.° di questa Memoria. (V. pag. 451, fascicoli di agosto e settembre).

(*Continua*).

Valore della semplice ago-puntura nella cura dell' aneurisma esterno, e parallelo fra essa e la elettro-ago-puntura. *Parere del dottore* **PIETRO PAOLO** *cavaliere* **MALAGÒ**, *presidente del Collegio medico-chirurgico dell' Università pontificia di Ferrara, professore emerito di patologia chirurgica, ed attuale di clinica chirurgica e di ostetricia.*

> La natura opera sempre semplicemente e per gradi. Il medico ed il chirurgo debbono, siccome ministri, secondarlà ed imitarla.
>
> Gli ottimi ritrovati non sono sempre dei sublimi ingegni.

L' aneurisma esterno, tumore sempre grave e di sommo pericolo, ha perciò in ogni tempo impegnato i chirurghi, quantunque volte si è trattato di suggerire un mezzo atto a trionfarne. Su questo, tanto gli antichi, quanto i moderni, si adoperarono con alacrità e sollecitudine, e seppero inventare metodi molti, e maniere diverse di cure, modificandole poi di tratto in tratto, ed aggiungendo rimedj interni ed esterni conducenti al medesimo fine.

Io non mi starò qui a riportare ad uno ad uno tutti i metodi operatorj immaginati e posti in pratica, sia nei tempi andati, sia nei presenti, la storia, l' applicazione e l' esito dei quali si trovano ripetuti nelle grandi e nelle piccole opere di chirurgia, che parlano della cura dell' aneurisma esterno. Così non rammenterò (ciò che tutti conoscono) i rimedj che vengono usati internamente, sia per agire sul sistema sanguigno generale, sia per preparare l' operando, e

correggere una qualunque diatesi; nè tampoco quei soccorsi esterni, che si tengono valevoli a coadiuvare allo scopo, nè quelli che possono occorrere in processo di cura per far fronte ai sinistri che possono accadere. Io soltanto mi limito a ragionare secondo la mia maniera di pensare ed intendere; confrontando fra loro le due ultime maniere proposte ed adoperate di ago-puntura; la semplice, cioè, e l'altra eseguita in unione alla elettricità, e perciò denominata elettro-ago-puntura. Di questi due metodi, il primo fu proposto da me ed applicato nella pratica all'uomo, sono già diversi anni, ed ho già reso di pubblica ragione la storia di un caso curato per mezzo di esso. Io intendeva, per verità, non solo di farlo noto al pubblico, ma di proporlo ai chirurghi affinchè lo tentassero, onde poi ammetterlo od escluderlo, a seconda dell'effetto ottenuto, e delle ragioni favorevoli o contrarie che avessero prodotte; ma non mi avvenne di vederlo ricordato, che dal chiarissimo prof. *Carlo Burci*, clinico nell'Università di Pisa, colle seguenti parole: « meritare di essere ripetuta (la semplice ago-puntura) in altri casi più convenienti e specialmente in quelli dell' aneurisma falso traumatico ». Riguardo alle riportate parole del valente clinico pisano, con tutto il rispetto che gli si deve e gli professo, non posso tacere la mia opinione, ed è, che la semplice ago-puntura può giovare tanto nell' aneurisma falso traumatico, quanto nel vero, qualunque ne sia la derivazione; escluso quello che proviene da diatesi aneurismatica, nel qual caso nessuna operazione può valere. Che anzi sono di avviso, che la cura da me proposta possa giovare assai più nel vero, mentre in quest' aneurisma non vi è alcun inciampo al libero corso del sangue, e gli aghi fanno l' uffizio d' inceppare il circolo, e promovere perciò il deposito pel grumo, che si cerca di ottenere; mentre nel falso gli aghi, inceppando il circolo, non potranno che cooperare allo scopo, aggiungendo il deposito da essi prodotto ai depositi che si stabiliscono naturalmente per le condizioni del tumore, in seguito

ai quali guarisce talvolta per sè stesso e radicalmente. Rispetto all'altro metodo, e cioè all'elettro-ago-puntura, molti sperimenti sono stati fatti in Italia e fuori sull'uomo, i cui risultati sono stati notificati nelle opere periodiche, e che trovansi pure per la massima parte citati nell'opera del sullodato sig. dott. *Burci*, ed in altre Memorie di altri scrittori.

Io ebbi sempre a cuore di giovare il più che per me fosse possibile alla chirurgia operatoria, agli infermi ed ai miei allievi, a cui proposi sempre di pensare e studiare, onde rinvenire le maniere più atte non solo a semplificare le operazioni rispetto agli istrumenti e agli altri mezzi da adoperarsi, ma a renderle di più sollecita esecuzione, meno dolorose e meno spaventevoli per chi le ha da sopportare, tali da poter essere eseguite da qualunque chirurgo giovane, e posto nelle più sfavorevoli circostanze, e riuscire pronte e sicure per essi, quanto lo sono pei provetti e ricchi di sapere e di mezzi. Ne fa fede la maniera da me proposta ed applicata più volte nell'operazione dell'aneurisma esterno, che si eseguisce colla legatura, voglio dire il semplice attorcigliamento dei due capi del nastrino o cordoncino, di cui si servono gli operatori per legare l'arteria, invece del nodo usato nel metodo comune di legatura permanente. Lo che si può leggere nella mia scrittura pubblicata nell'anno 1826 nel giornale del prof. *Canella* di Trento: persuaso, siccome sono sempre stato, della legatura temporanea insegnata dal mio celebre maestro cavaliere *Antonio Scarpa*, ho però modificato il metodo di lui, colla quale modificazione, stortigliando il laccio, tagliando uno dei capi rasente la cute e tirando l'altro, si giunge facilmente a levarlo, senza avere ricorso agli istrumenti proposti dal sullodato professore; oltre alla quale facilità di levare il laccio, questo si può stringere a piacere a norma del bisogno, e a poco a poco; si può lasciarlo soltanto quanto occorre perchè si faccia completo il coagulo, lo che

quando sia avvenuto, si può conoscere di leggeri dal cessare il movimento del nastrino colla pulsazione dell'arteria: e così pure, stortigliato che sia, si può lasciare per poi poterlo di nuovo attorcigliare occorrendo. Una volta levato, non resta che unire la ferita, onde ottenere la più sollecita cicatrizzazione. Questa mia maniera d'operare l'aneurisma esterno può anche servire per la legatura permanente, meglio ancora di quella, in cui si fa il nodo stretto e fermo, mentre dopo qualche giorno esso si rilascia per la esulcerazione che nasce attorno all'arteria, per cui non stringe più, laddove colla attorcigliatura, se abbisogna di stringere di nuovo, si torna ad attorcigliare, nè si leva il laccio se non si è ben sicuri che l'arteria siasi chiusa, o allora quando cade da sè. Il felice successo della legatura temporanea eseguita secondo la mia maniera è stato veduto da molti dei miei scolari, siccome eziandio da diversi miei colleghi; e se il sig. *Velpeau* ne scrisse « che lo raccomanderebbe quante volte fossero vere le mie osservazioni », risponderò, che a lui sarà noto, che in qualche parte del mondo si diano per vere osservazioni che non lo sono, e che io non feci mai professione d'ingannare il pubblico in affare di tanta importanza, quanto è quello della vita dell'uomo.

Da più di trent'anni nelle mie lezioni all'Università ed alla clinica nell'arcispedale ho mostrato doversi tentare per la cura delle varici e dell'aneurisma esterno la semplice ago-puntura, onde indurre nelle vene quel coagulo che valga ad ostruirle; imitando per tal guisa la natura, allorchè opera la guarigione spontanea: fatto che si osserva accadere ogni qual volta o un minimo grumetto, o un qualunque altro ostacolo, sia anche meccanico (siccome la compressione), venga ad impedire più o meno, ed arrestare il corso del sangue, il quale si fa poi strada, e continua il circolo pei vasi collaterali. Da questo avvenimento naturale, io diceva, puossi inferirne, che anche conficcando degli aghi nelle vene e nelle arterie, siccome pure nelle varici e nei

sacchi aneurismatici, ed apponendo con essi un ostacolo, un inciampo all'onda sanguigna, deve formarsi un coagulo e venirne la ostruzione dei vasi. Convalidava il mio progetto in moltissimi casi di varici, che in questo nostro paese sono frequenti alle gambe ed alle coscie; imperocchè la semplice ago-puntura fu coronata sempre da felice risultato, anche quando le varici mantenevano perennemente ulcere sordide e callose, le quali si viddero ben presto guarite, e con solida e durevole cicatrice. In seguito poi, il fausto successo ottenuto nelle vene dei predetti tumori, l'essersi arrestato il corso del sangue ogni qualvolta gli si era fatto ostacolo, mi animarono ad adoperare lo stesso mezzo nella cura dell'aneurisma.

E di ciò fare mi occorse la prima volta in certo sig. Angelo Guindani, di anni 60, da molto tempo domiciliato in Ferrara, basso di statura, robusto, non però di ottima compage, e soggetto alle flogosi reumatiche. Aveva egli sui primi del mese di febbrajo dell'anno 1850 un aneurisma vero all'arteria poplitea destra, e per ciò che appariva all'esterno, quando io lo viddi la prima volta, del volume d'una grossà melarancia. A tale mole era giunto da circa venti giorni, gradatamente aumentando, e senza causa nota, se si voglia eccettuare, che il Guindani girava tutto il dì attendendo alacremente a' suoi affari, del che venni assicurato dai signori professore *Francesco Facchetti* e dottore *Carlo Guerra*, che prima di me trovavansi alla cura dell'infermo, e che nelle prime loro visite viddero il tumore della grossezza di una noce e sempre circoscritto.

La mattina del 7 dello stesso febbrajo, insieme ai prefati miei colleghi, circa alle ore dieci e mezza antimeridiane, conficcai alla loro presenza tre sottili e lunghi aghi comuni da cucire, muniti di capocchia di cera lacca nel tumore, uno nel mezzo o centro dell'aneurisma, e degli altri due uno per parte. Ciò mi riuscì facile, e senza incontrare resistenza, e m'accorsi subito d'essere penetrato nel cavo del tumore; perchè abbandonati gli aghi, essi oscillavano grandemente, assicurandomi così che l'onda forte sanguigna li urtava. Applicai tosto un appropriato apparecchio onde

ostare all' ulteriore entrata, ed anche impedire la sortita degli aghi. L'operato non accusò, per questa operazione, nè immediatamente, nè dopo, dolore od incomodo di sorta. Passarono le prime ventiquattro ore e nulla osservossi di notabile; però la oscillazione degli aghi era diminuita, il tumore alquanto decresciuto, l'onda del sangue diminuita pure; il tumore si era fatto alquanto resistente al tatto; la gamba che prima era edematosa, nello stesso stato si manteneva. Vi si facevano continue fomentazioni calde di decotto di fiori di sambuco. Nelle successive 24 ore, cioè in seconda giornata dall' operazione, riscontrai il tumore assai diminuito di volume, ed esploratolo, sentii un certo aumento di resistenza, che mi faceva credere si stabilisse il coagulo. Era pure in quel giorno diminuita la pulsazione, lo che si conosceva anche al solo vedere il tumore; così pure l'oscillamento o tremolìo degli aghi vedevasi pur esso d' assai diminuito. La gamba conservavasi nello stato primiero. Nella susseguente terza giornata le cose, relativamente al volume del tumore ed alla pulsazione, apparivano in sempre maggiore diminuzione, mentre poi era accresciuta la durezza sua. Gli aghi non più oscillavano; la gamba mantenevasi calda nello stesso stato del giorno precedente; accusava l'infermo un leggero dolore alle dita del piede; dolore che pure aveva sofferto, unitamente a gravissimo e prolungato calore, assai prima della comparsa dell'aneurisma. In questa terza giornata dall'operazione manifestaronsi pure sintomi di reazione generale: però non febbre decisa, per cui si credette necessaria una sanguigna deplezione e poscia un purgante. Nella quarta giornata trovossi rimessa la reazione e le cose progredivano al meglio, e tanto che il tumore era divenuto tutto affatto duro, senza più sentirsi in esso pulsazione di sorta. Sul terminare della quarta giornata la gamba fecesi assai gonfia, tesa e rossa, con senso di forte stringimento, come l'operato si esprimeva, sicchè credetti di abbandonare le fomentazioni tiepide-umide, di fare una fasciatura leggermente espulsiva onde sostenere i vasi e promuovere così il circolo, sapendo ognuno quanto essa fasciatura sia proficua in simili casi di distensione dei vasi, che tenderebbero a sfiancarsi, e di ordinare che fossero spesso eseguite delle applicazioni di pannilini caldi. Con questi espedienti apportai sollievo al mio operato, per cui non ebbe più quel tedio e quella smania che prima lo molestavano, ed

in seguito potei osservare la gamba meno tesa e la fasciatura alquanto rallentata. Le cose procedettero così sino circa alle due antimeridiane del lunedì undici detto mese, quinta giornata dalla operazione, quando quasi all'improvviso manifestossi una forte febbre di carattere pernicioso, la quale continuò con sintomi più o meno gravi nel susseguente martedì, e nella mattina di questo giorno, finito il quinto d'osservazione, trovato che v'era grande remissione, ebbi ricorso all'antiperiodico, che apportò in seguito manifesto vantaggio. Nella sera all'un'ora circa di notte, vale a dire cinque giorni ed otto ore e mezza dall'operazione, essendo cessata affatto da quasi due giorni la pulsazione nel tumore, e questo essendo duro ed impicciolito d'assai, alla presenza dei colleghi suddetti estrassi gli aghi, dai fori dei quali non sortì gocciola di sangue. Forse avrei potuto levare utilmente gli aghi anche un giorno prima, ma temetti che potesse farsi qualche leggera emorragia, dubitando che il coagulo non chiudesse perfettamente il cavo del sacco aneurismatico; quantunque si possa ritenere, che una volta incominciato, continui fino a completarsi, e sicuro che l'ulteriore loro presenza nulla di danno potesse apportare, poichè immersi nel coagulo sanguigno, e la cute non mostrava d'essere dalla loro presenza irritata. Nello stesso momento levai pure la fasciatura, che era assai rallentata, e videsi la gamba tutto attorno al disotto della sura, fino a poca distanza dall'articolazione col piede, di colore rossiccio, il piede di color naturale. Prescrissi che immediatamente, e questo per sentimento eziandio dei miei colleghi, fossero fatte delle fomentazioni con vino caldo bianco, e con ciò non intesi di contraddirmi nei principii terapeutici dettati nella mia scuola, riguardo alla mortificazione quale termine della flogosi, la cui cura ritengo dover esser sempre antiflogistica (1), usando di tali fomenti con attenzione e prudenza onde promuovere ed effettuare il circolo nei capillari cutanei. La mattina susseguente, sesta dall'operazione, viddersi nella gamba diversi flicteni, che denotavano, unitamente al colore rosso cupo della pelle e all'abbassamento di temperatura, il passaggio della cute alla mortificazione in quei

(1) Vedi le mie « Nozioni elementari intorno alla flogosi », Ferrara, 1844. Tipi Taddei.

punti. Nel giorno 13 del mese tanto le cose del generale quanto quelle della gamba, trovavansi in istato tale da far ritenere la guarigione dell'aneurisma. Nel decimoquarto del mese, cioè nel settimo dall'applicazione degli aghi, le cose tutte sia del generale, che del locale della gamba, mostraronsi improvvisamente peggiorare, e questo progredendo, il successivo giorno, l'ottavo di cura, verso l'avemaria della sera, il mio infermo morì.

Per la necroscopia fatta tre giorni dopo osservossi: il polmone destro per antiche sofferenze di flogosi, aderentissimo alla pleura costale, così pure alle coste, e nella sua tessitura assai degenerato; il sinistro in discreto stato; trovossi il cuore alquanto voluminoso e floscio; l'arco dell'aorta avere diverse chiazze litiache. Nessuna cosa degna di rimarco nei visceri addominali.

Fatta un'injezione nell'arteria iliaca esterna destra, la materia injettata trovò ostacolo a passare pel tumore, lo ruppe, si spinse innanzi, e si sparse nel grumo sanguigno, che lo riempiva e chiudeva affatto. La mortificazione limitata a poca parte della cute, e più particolarmente nella posteriore superficie della gamba sotto il polpaccio; il piede ebbesi a vedere nello stato normale, e nei suoi vasi si rinvenne del sangue nero. Null'altro si potè constatare per essere incominciata la putrefazione.

Dall'esame anatomico qui sopra riferito, e dalla preaccennata istoria, mi pare potersi inferire con tutta persuasione, che la semplice ago-puntura è mezzo atto ad indurre il coagulo sanguigno nel sacco aneurismatico, siccome succede nei casi in cui guarisce l'aneurisma trovandosi nel sacco un ostacolo al libero corso del sangue, quando si combinino le circostanze necessarie, dell'età, dello stato generale del soggetto, e dell'attitudine del sangue al coagulo: colla semplice ago-puntura il coagulo può formarsi anche se si tratti di aneurisma vero.

Essendomi nell'anno 1852 occorso di curare, nella clinica chirurgica da me diretta nell'arcispedale di S. Anna di questa città, un uomo avente un aneurisma nel popoplite sinistro, ho posto in opera lo stesso mio metodo colla semplice ago-puntura, avendolo ritenuto inno-

cente, e dirò anche sicuro nell' effetto, quante volte vi concorrano le suddette circostanze, senza risico alcuno per l'operando, ed altresì facilissimo e inetto a produrre dolore o spavento. E quando anche riuscisse senza effetto per la mancata formazione del coagulo sanguigno, cosa impossibile a stabilirsi *a priori*, potrà sempre il chirurgo passare quando il creda ad usare un qualunque altro metodo, siccome quello dell' allacciatura nel luogo di elezione, sia precaria, sia permanente, stantechè, operando nel tumore, non si apporta alcun disordine nell' arteria. Sappiamo infatti che vennero infissi degli aghi nelle arterie sane di animali, senza che questa operazione apportasse alcun sinistro. Che anzi sopraggiunse il grumo subito dopo l' applicazione dell' ago. Questi sperimenti furono fatti ripetute volte da *Béclard*, specialmente sopra dei cani, nei quali il sangue è più coagulabile e le arterie differiscono assai poco da quelle dell' uomo. Anche il dott. *Secondi* di Venezia eseguì diversi esperimenti sui vitelli e sulle pecore e non ne derivò veruna triste conseguenza; quantunque le punture fossero state fatte, avendo prima con sottile trequarti appositamente fabbricato scoperta l' arteria, e si fossero introdotti poscia nelle arterie per la sottilissima cannula del trequarti dei corpi estranei di diversa natura, solidi e fluidi. Riguardo a questi sperimenti si vedano gli Atti del IX Congresso tenutosi in Venezia l'anno 1847 dagli scienziati italiani, al quale io pure appartenni. E fu per questo che io, anzichè prima tentarla negli animali, la eseguii nell' uomo, senza credere o dubitare di essere censurato da chiunque conscio dei suddetti fatti. Arroge ch' io aveva altresì l'appoggio del celebre mio maestro *Monteggia*, che per la cura dell'aneurisma esterno propone le injezioni, in certi casi, di materie coagulanti.

Luigi Poggioli, sui cinquanta anni, di condizione villico e servitore di boaro, nativo di Castagnolo, nel Bolognese, ed abitante

al Gallo, villa pure della provincia bolognese, che confina colla ferrarese, di robusta tempra, e di buona compage, che mai ebbe malattia da fare dubitare disordine qualunque nell'albero arterioso, nè presentava alcun sintomo di alterazione nel centro della circolazione, entrò nell'Istituto clinico il giorno 23 agosto 1852 per essere curato di un aneurisma che da poco tempo gli si era manifestato nel garretto sinistro. Quest'uomo interrogato narrò, che non ebbe mai a soffrire alcuna malattia all'infuori di poche febbri intermittenti, che per breve tempo lo molestarono, e dalle quali, senza far nulla, si liberò, in onta alla vita laboriosa che era obbligato di condurre. Sei anni prima senza causa a lui nota, se vogliansi eccettuare gli strapazzi, gli sforzi e le fatiche cui doveva durare nell'esercizio del suo mestiere, gli si manifestò un dolore nel terzo inferiore della coscia sinistra, che per alcuni giorni lo molestò, e del quale si liberò col riposo e con frizioni oleose. Sul finire di giugno del detto anno gli si manifestò di nuovo vivo dolore nell'estremo superiore della gamba sinistra, che gli si estese al ginocchio ed all'estremità inferiore dell'unita coscia. Il dolore in pochi giorni assai si accrebbe e si manifestò eziandio gonfiore edematoso e dolente nella gamba, con lucentezza della pelle. Tumide erano pure le vene di essa, ed il dolore si faceva di giorno in giorno sempre più vivo; insomma, da quello che raccontò, sembrava che quell'arto fosse stato affetto dalla *phlegmasia alba dolens*. Accusava eziandio, che nel cavo del poplite aveva una pulsazione simile a quella del polso, siccome egli si esprimeva, ma assai più forte, e che questa gli era cagionata da un tumoretto di recente formatosi in quel luogo. Lo stato della gamba ed il vivo dolore l'obbligarono a porsi a letto, e ad avere ricorso al medico il più vicino, il quale gli fece trar sangue da un braccio, gli prescrisse un purgante e delle fomentazioni calde all'arto; poscia lo consigliò di consultare un medico chirurgo. Portossi egli da me in Ferrara, e nell'esaminarlo rilevai aver egli un aneurisma ch' io ritenni da semplice dilatazione delle pareti dell'arteria poplitea, per essere il tumore circoscritto nel poplite sinistro. Per tentarne la cura, lo consigliai a farsi accogliere in questo arcispedale di S. Anna, dove fu ricevuto e posto nella Sala clinico-chirurgica nel giorno superiormente indicato. Esaminatolo di nuovo, riscontrai il tumore di

figura fusiforme e della grossezza all' incirca di un uovo di gallina, e mi confermai nella diagnosi di aneurisma vero, con pulsazione alquanto forte e visibile all' occhio nudo.

Immediatamente incominciai la cura preparatoria, facendogli guardare il letto, sottoponendolo a dieta tenue. Gli prescrissi un purgante ed un salasso dal braccio; inoltre gli propinai delle pillole composte di polvere di segale cornuta unitamente all' estratto di digitale purpurea, le quali seguitò a prendere fino al venti settembre, eccetto i giorni in cui gli si somministrò un lenitivo. Così pure gli si fecero prendere delle bevande diluenti, gli si raccomandò la quiete dell' animo, e quant' altro si suole dai chirurghi prescrivere in simili casi.

La mattina del 26 agosto, poco dopo le sette antimeridiane, procedetti all' operazione della semplice ago-puntura, e gl' infissi nel tumore tre aghi di acciajo assai fini, paralleli e lungo l' andata del tumore, e questi mi dettero immediatamente la certezza dell' essere penetrati dentro il cavo dell'aneurisma coll' oscillare a seconda della sistole e diastole del tumore. Al fine di sollecitare ognora più il rallentamento dell'onda sanguigna, sia nell' arteria, come nel cavo aneurismatico, e quindi la formazione del coagulo, applicai delle compresse lunghe e strette, secondo il decorso dell' r eria nella coscia, e le assicurai mediante fasciatura alquanto compressiva, la quale fu di poca durata, siccome suole avvenire delle fasciature, che dopo breve tempo si rallentano. E questa non solo divenne inutile, ma ancora penosa all'infermo, per la qual cosa la levai dopo tre giorni. Se mi fosse stato noto il metodo della compressione digitale, l' avrei sperimentato.

Immediatamente fatta l'applicazione degli aghi e questi assicurati, feci fare delle fomenta calde a tutta la gamba e al piede, ripetute frequentemente, cui nel successivo giorno credetti meglio sostituire un cataplasma tiepido di farina di linseme, il quale fu continuato per dodici giorni, cambiandolo mattina e sera. L'infermo fu posto alla dieta rigida, si ripetè il salasso generale, e si prescrisse una limonata per bevanda ordinaria. La gamba ed il piede si conservarono sempre caldi e sensibili; la lucentezza della cute della gamba diminuì in processo di tempo; le vene si pronunciarono in seguito vie maggiormente; la gonfiezza scomparve a poco a poco; si sentiva pulsare assai bene l'arteria tibiale

anteriore, e questo anche dopo diversi giorni. La pulsazione del tumore, l'oscillazione degli aghi, due giorni dopo d'essere stati applicati, erano assai diminuite; nel terzo tornarono ad essere forti siccome prima, e si osservò pure accresciuto il volume del tumore, ed avvaloratasi la pulsazione allo intorno delle sue pareti, di manierachè sembrava che si fossero allentate ed assottigliate, ed osservossi eziandio aumentato non di poco il volume del tumore nella parte interna del garretto; per la qual cosa la mattina del 27 del mese e terzo dall'infissione degli aghi, ne conficcai altri due nel tumore ove più sentivasi forte la pulsazione, e feci rinnovare la sanguigna dal braccio. Il sangue estratto presentò, siccome quello estratto le altre volte, il coagulo floscio, con tenuissimo e superficiale velo di cotenna, limitato a qualche punto della superficie del crassamento, e molto siero. Nell'ora vespertina di questo giorno, terzo dall'operazione, i primi tre aghi impiantati a mala pena si muovevano, gli altri due infissi nella mattina oscillavano; ma nella successiva del 30 assai mite era il loro moto, ed il tumore riscontrossi duro all'esplorazione tattile, per cui giudicai essere incominciata nel sacco aneurismatico la formazione del coagulo. Nella susseguente notte l'operato fu molestato da dolori non lievi nella gamba, e nella mattina si trovò cessata la pulsazione nel tumore in tutto il suo ambito, che era divenuto duro e resistente alla pigiatura anche non lieve; nel centro però e profondamente sentivasi il movimento del sangue, per cui credetti passare all'applicazione di altri due aghi conficcandoli più profondamente, e questi si viddero muoversi soltanto dal fondo alla superficie del tumore, ossia di basso in alto. Nel dopo pranzo e nella susseguente notte si fecero sentire dei dolori più miti nella gamba e nel ginocchio dell'arto operato. Alla visita mattutina del 31 agosto, quinto dall'operazione, trovossi che il tumore erasi esteso alla parte esterna e posteriore del ginocchio, e perciò era divenuto del volume assai riflessibile di un uovo di struzzo ed anche più, provando che l'aneurisma s'era fatto spurio e diffuso. Ordinai che si applicasse sul tumore una vescica di bue con del ghiaccio, la quale applicazione fu seguitata per tre giorni; ciò nulla ostante il sangue si estese in alto lungo l'arteria femorale per circa tre pollici, ed al tatto mostravasi coagulato; l'arteria fino all'inguine pulsava con veemenza; l'infermo passò tutto

quel giorno e la consecutiva notte senza risentire alcun dolore, che però rinnovossi nel giorno susseguente, primo di settembre, sesto di cura. Fu praticata un'altra sanguigna, il sangue presentò poco crassamento, ed in abbondanza lo siero ed alcun indizio di cotenna; i dolori cessarono affatto nella gamba e nel ginocchio; si dileguò pure la profonda pulsazione del tumore; l'arteria femorale seguitava a pulsare fortemente. Pensavo passare alla legatura della femorale nel luogo di elezione, ma avuto riflesso a quanto qui sopra ho notato, da un lato speravo si potesse formare il coagulo sanguigno salutare, e dall'altro non mi persuadevo che il coagulo del sangue si potesse formare al di sopra della legatura dell' arteria, o precaria, o permanente, e temeva inoltre che questa potesse cagionare la rottura dell'arteria e dar luogo ad una emorragia consecutiva infrenabile atteso lo stato dell'arteria. Per i quali riflessi e giudizi credetti di nulla fare ed aspettare dal tempo il consiglio migliore, che forse poteva essere quello dell'amputazione.

In fatti le cose procedettero verso il meglio, per cui la mattina del 6 settembre, undecimo dalla prima applicazione degli aghi, trovato il tumore duro e senza pulsazione, estrassi tutti e sette gli aghi; due soli fori di essi fornirono poche gocciole di siero sanguigno, che subito si arrestò. In quel giorno e così nella notte consecutiva, lagnossi l' infermo di un formicolio doloroso nella gamba e nel piede, ebbe smania ed ambascia non lieve ed oppressione del petto, per cui si credette di rinnovare il salasso, il quale fece cessare ogni sintomo penoso. Furono fatte delle fregagioni secche sulla gamba e sul piede, per le quali scomparve il formicolio; fu amministrata una pillola calmante alla sera; si continuò nell'applicazione del cataplasma astringente sul tumore, onde promuovere l' assorbimento del coagulo; si insistette nell' uso della digitale e della scilla, e si aggiunse nella bibita il nitro; si continuò nella dieta sottile. In onta a tutto ciò le cose andavano lentamente, e quello che di nuovo si osservò si fu, che il tumore si era rammollito, per cui di duro e resistente, era divenuto trattabile e pastoso. e non era nè aumentato, nè diminuito di volume.

Tutte le quali cose, sia rispetto al tumore, sia riguardo al generale, rimasero nel medesimo stato e grado; in processo però di tempo, il tumore si rammollì maggiormente; qualche volta dolse

e specialmente sotto la fasciatura espulsiva praticata a tutta la gamba ed al di sopra del ginocchio, sicchè la si dovette levare, quantunque fosse stata per qualche giorno tollerata, per essersi manifestato un dolore vivo al suo terzo inferiore.

La mattina del 4 ottobre, quarantesimo dall'applicazione dei primi aghi, si esplorò il tumore collo stetoscopio, ed in un punto elevato della sua parte interna, si potè sentire profondamente un lieve movimento arterioso, e si ritenne che non fosse completo il coagulo; il quale difficoltava a farsi, sia per il continuo versarsi nuovo sangue nel tumore, sia ancora perchè in questo individuo il sangue estratto dalla vena del braccio non aveva cotenna ed offriva invece molto siero, come sopra ho notato.

Tornerebbe nojoso riprodurre per esteso il giornale di questa istoria, mentre posso dire, che le cose procedettero presentando sintomi locali, che facevano sperare un termine felice. Fu soltanto il dieci di novembre successivo, che l'operato mostrò di peggiorare, sia nella località, che nel generale, presentandosi fenomeni nel tumore di mortificazione, con febbre grave a tipo intermittente, la quale fu arrestata coll'antiperiodico, ma ritornata dopo alcuni giorni più grave, quantunque si continuasse il rimedio, non fu possibile frenarla, per cui l'infermo cedette al comun fato la mattina del 17 novembre, ottantesimo secondo di cura.

La necroscopia fu eseguita ventiquattr'ore dopo la morte, alla presenza di molti studenti di clinica e di altre scuole, degli astanti e dei chirurghi ajutanti dell'arcispedale, non che dell'astante e del supplente di clinica. Nulla si rinvenne d'importante nel cuore e nei vasi centrali, a riserva dell'essere tutti flosci. Nel pericardio v'era dello siero in doppia quantità dell'ordinario; nel basso ventre nulla videsi degno di osservazione. L'esame del tumore dimostrò un aneurisma diffuso con ampia apertura nelle sue pareti. L'arteria poplitea comunicava profondamente con esso, e si potè confermare essere la detta arteria che formava da principio l'aneurisma vero; e ciò per trovarsi dilatata in vicinanza del tumore, costituendo l'aneurisma fusiforme osservato nel farne la prima diagnosi. Osservossi pure essere la poplitea interamente pervia, e le sue pareti ingrossate ed il suo lume dell'ampiezza naturale. Si verificò ancora essere stato dapprima l'aneurisma spurio circoscritto, e questo rilevossi dall'avere l'ar-

teria nel garretto una dilatazione che costituiva il sacco aneurismatico. Le sue due tonache interna e media erano aperte, e il tumore da principio era circoscritto e chiuso dalla sola membrana cellulosa distesa e formante un tumore, siccome si disse, del volume di un ovo di gallina; specie di aneurisma spurio ammesso dai patologi. Questo primo tumore costituito dalla membrana cellulosa fu trovato aperto da un foro, pel quale era sortito il sangue che formò l'aneurisma diffuso, sangue che si era sparso negli interstizii muscolari, ed in maggior copia sotto il ginocchio e nelle sue parti posteriore e laterali. Era pure il sacco fatto dalla cellulosa membrana ingrossata e resistente, simile alla pergamena, ed altresì videsi questa parte di sacco costituita da due lamine separate che contenevano un grosso grumo cotennoso fibroso che ne riempiva unitamente all'altro le cavità, a riserva di un piccolo spazio ripieno di un altro grumo di sangue molle e nero. Tutto il sangue sparso, ed era molto, trovossi degenerato ed unito a della marcia e ad un putridume assai graveolento.

Gaetano Romagnoli, d'anni 31, ferrarese, ebanista di mestiere, uomo di bella statura e di forme regolari, che ebbe a soffrire diverse volte affezioni veneree di varie specie, entrò nell'Istituto clinico di questa pontificia Università il 12 febbrajo 1855 per essere curato di un tumore aneurismatico, che da circa un anno aveva nel garretto sinistro, e che s'era accorto aumentare di volume da qualche tempo in onta alla cura che il suo medico-chirurgo gli prestava, assicurandolo che quel tumore era guaribile coi propinati rimedii generali e locali, e che nulla vi era da temere. Conosciuto però col fatto, che invece di migliorare peggiorava, per essere ridotto a molto soffrire nell'usare della gamba, decise di cercare asilo nel nostro arcispedale civico di S. Anna, dove fu ricevuto e posto, come dissi, nella Sala clinica da me diretta. Alla prima visita trovai il tumore essere un aneurisma vero, del volume d'un grosso uovo di pollo d'India, di figura olivare. Quantunque certo della diagnosi, non omisi di farlo esaminare da alcuni miei colleghi, fra quali il dott. *Carlo Guerra*, che lo aveva curato lungo tempo, ed essi convennero nel mio parere.

Incomincio tosto a disporre l'infermo e colle parole e coi rime-

dii all' operazione, quale unico mezzo di guarigione. Intanto gli prescrissi l' estratto di digitale purpurea e di scilla marittima in pillole; gli feci levar sangue diverse volte dal braccio; applicai il torchietto alla femorale arteria non molto stretto; ordinai che si mantenesse alzata la gamba, che fosse tenuto alla dieta sottile ed aggiunsi localmente sul tumore una vescica di bue ripiena di ghiaccio.

La mattina del diecisette dello stesso mese di febbrajo, alle ore nove antimeridiane, ora in cui si fa la visita agli ammalati di clinica chirurgica, gli conficcai quattro aghi di acciajo retti nel tumore, e questi a qualche poco di distanza l' uno dall' altro, i quali dettero immediatamente il movimento o tremolio, che assicurava d' essere dentro nel cavo del tumore, movimento sincrono a quello della pulsazione dell'arteria, ed altresì di sussulto dal basso in alto. La gamba fu posta sopra un cuscino ripieno di penna; gli fu fatto un fomento di posca, unitovi piccola quantità di alcool; fu continuato l' uso della digitale e scilla, e mantenuto il paziente alla dieta tenuissima. Il giorno appresso osservossi che il tumore era diminuito di volume, e che l'operato d' altro non si lagnava che di un dolore al calcagno corrispondente, il quale cessò in seguito all' applicazione di un cataplasma di farina di linseme ed acqua comune. La pulsazione nel tumore mai si spense affatto, siccome indicavano gli aghi, che più lentamente sì, ma seguitavano ad oscillare, e fu soltanto dopo quindici giorni che li levai. Accortomi che il coagulo nell'aneurisma non si faceva completamente, ma che pure ne esisteva, siccome il tatto lo testificava, pensai d'injettare nel tumore per un foro lasciato da uno degli aghi estratti, il quale aveva dato uscita a poche gocciole di sangue, una soluzione di percloruro di ferro nello spirito di vino, e questa mi riuscì senza effetto; fu fatta pure senza effetto per l' istesso foro un' injezione di tannino sciolto nell' acqua di rose. Le injezioni astringenti sono state proposte dal *Monteggia* nelle sue Istituzioni chirurgiche. Il dott. *Secondi* al IX Congresso tenutosi in Venezia nell'anno 1847 dagli scienziati italiani, propose pure le injezioni astringenti per indurre il coagulo del sangue e guarire così l'aneurisma esterno, e disse d'averle sperimentate nelle arterie dei vitelli, ritenendolo un suo ritrovato, e dopo fattogli conoscere da me che ciò era stato avanzato dal *Monteggia*, pro-

pose d'introdurre nell'arteria aneurismatica un minimo pezzettino di spugna finissima, compressa colle dita ben bene, e di eseguire questa introduzione per mezzo della cannula di un sottilissimo trequarti che serve a pungere l'arteria ed entrare nella sua cavità. — Si vedano gli Atti di quel Congresso, ed il giornale napoletano « Filiatre Sebezio » redatto dal *De Renzi*. Il dott. *Secondi* non aveva considerato che erano già stati conficcati degli aghi nelle arterie dei bruti, e che avevano prodotto il coagulo sanguigno nel vaso in cui erano stati impiantati: errava quindi nel dare per nuova l'introduzione di un corpo estraneo in un'arteria per indurre il coagulo.

Trovate inutili ancora le injezioni astringenti fatte nel tumore ad indurre il grumo sanguigno, immediatamente mi decisi di ricorrere all'allacciatura dell'arteria femorale superficiale nel suo terzo superiore, siccome viene insegnato dallo *Scarpa*, e mi servii per la legatura temporaria del mio metodo dell'attorcigliatura dei due capi del laccio, e per passare questo, dell'ago di mia invenzione. La legatura apportò la cessazione affatto istantanea della pulsazione nel tumore. Quest'ultima operazione la eseguii il giorno sei del successivo marzo, che è quanto dire dieciotto giorni dopo la prima della semplice ago-puntura. Trovai l'arteria sana, e la mattina del giorno nove di marzo trovai rinnovata la pulsazione nel tumore come prima della legatura, rimanendo dessa ferma e stabile come fatta allora. Dietro tutto ciò non essendosi ottenuto il coagulo, ebbe luogo pel foro, pel quale erano state praticate le injezioni astringenti, un'emorragia, che fu arrestata colla compressione del tumore, ma nella notte del 16 al 17 di marzo stesso, dietro uno sforzo fatto dall'infermo nel moversi per il letto, si rinnovò con tanta violenza da privarlo di vita.

Ventiquattro ore dopo si fece dal sig. dott. *Federico Zuffi*, incisore anatomico di questa nostra Università, l'autopsia, e fu rinvenuto anemico tutto il sistema arterioso e venoso; le pareti del cuore e dei vasi assai sottili, nessun coagulo dentro di essi; nell'aorta delle chiazze di artero-litiasi; le iliache, le crurali erano pervie, senza grumo alcuno di sangue, nè sopra, nè sotto l'attorcigliatura. La femorale sinistra, nel luogo dell'allacciatura, trovossi stretta e serrata, o come suol dirsi, increspata, per lo quale stato, durante la vita non poteva passare il sangue. In fine tro-

vossi sfacelato il tumore aneurismatico e privo affatto di grumo sanguigno; pervia era l'arteria femorale superficiale tanto sopra che sotto il tumore; così pure osservossi essere la profonda, per cui eravi diretta comunicazione col tumore aneurismatico mediante le collaterali.

Da queste istorie traggano i chirurghi quelle deduzioni che meglio credono rispetto al metodo da me proposto e adoperato per curare l'aneurisma esterno. Quanto a me ritengo possa tornar utile ogni qualvolta si trovino nell'individuo operando le disposizioni alla formazione del grumo sanguigno, condizioni indispensabili per sanare l'aneurisma, sia naturalmente, sia con qualunque metodo chirurgico: nel Romagnoli certamente esse mancavano, siccome durante la vita venne dimostrato, e l'esame del cadavere ha provato, per il che nessuna operazione poteva guarirlo.

Le istorie qui riportate di operazioni di aneurisma eseguite col mio nuovo metodo della semplice ago-puntura persuaderanno certamente ognuno che con questa mia maniera semplice e facile di operare in tali casi di grave malattia si può ottenere l'effetto ricercato del coagulo sanguigno, tanto nell'aneurisma vero che nel falso. Forse si potrebbe oppormi che nessuno degli operati è guarito! Io con buona pace ripeterei ciò esser vero: ma che se si potesse avere una statistica esatta dell'esito delle operazioni d'aneurisma fatte coll'allacciatura, sia permanente che precaria, si verificherebbe che anche con questo metodo molti casi andarono falliti per non essersi ottenuto il grumo sanguigno nell'arteria allacciata, il che è provato eziandio dai diversi metodi immaginati dopo quello della allacciatura, la quale se il più delle volte fosse riuscita, altro non si sarebbe cercato di meglio. È questa stata la causa, a mio vedere, della controversia agitata fra *Scarpa* e *Vaccà Berlinghieri*, relativamente alla preferenza da darsi all'uno dei due metodi di allacciatura; ed a tutti è noto quanto i chirurghi

si siano studiati per trovare un metodo d'operare che non vada soggetto alla emorragia secondaria, e ad altre sinistre conseguenze, particolarmente a quella del non farsi il coagulo sanguigno. Osserverò ancora che colla semplice ago-puntura non mi è accaduto lo sfacelo della parte inferiore dell'arto, siccome per lo più succede, quando viene legata l'arteria aneurismatica nell'una o nell'altra maniera, e che il metodo da me seguito e proposto allo sperimento, può cambiarsi quando lo si creda in quello della legatura. Così pure, se fatta la semplice ago-puntura si venisse a conoscere esservi un'arteria che portasse nuovo sangue nel tumore operato, e che si fosse pure incominciato il grumo, ma non si potesse completare a motivo del nuovo sangue che vi entra, si potrebbero levare gli aghi abbandonando alla natura il compimento del grumo, sapendosi che incominciato una volta, può desso completarsi col tempo dietro quel primo rudimento. Osservasi altresì che ho adoperato insieme alla semplice ago-puntura la compressione fatta in diverse maniere, come insegnano ed hanno praticato i chirurgi antichi, unitamente a diversi altri presidii locali. Potrebbesi facilissimamente unirvi la compressione digitale, ma quante volte manchi la disposizione al coagulo nell'individuo operando, tornerà pure anche questo mezzo senza effetto, mentre non so intendere come in altra maniera possa desso giovare, essendochè non lo ritengo atto a produrre la chiusura dell'arteria e quindi ad impedire il corso del sangue coll'indurre l'adesione della tunica interna dell'arteria siccome succede nei casi di allacciatura, ed anche senza alcun sinistro! Noto ancora, che talvolta il coagulo del sangue si fa non solo più o meno sollecitamente, o non si effettua, ma eziandio si forma a tratti diversi lungo l'arteria ed a diverse distanze, ed ancora ad epoche diverse o momenti diversi della vita nello stesso individuo. Il primo di questi due fatti è stato veduto dagli operatori dell'elettro-ago-puntura; il secondo dagli operatori di legatura tempo-

raria, i quali consigliano di levare il cordoncino che ha servito a legare l'arteria, anche più tardi delle settantadue ore, siccome insegna lo *Scarpa.* Ho già reso di pubblica notizia quanto mi accadde in Marco Ricci (1) da me operato colla legatura temporanea fatta alla mia maniera, cioè colla attorcigliatura del nastrino (2), nella femorale comune subito sotto l'arco crurale, e che levai centoquattro ore dopo. Al tredicesimo giorno si presentò l'emorragia, che giunsi in tempo di arrestare ripetendo la stessa operazione di attorcigliatura temporaria sull'arteria iliaca esterna, previa apertura dell' addome al dissopra del ramo orizzontale del pube. In questo caso l'allacciatura venne sciolta cinque giorni dopo, e l'infermo rimase guarito perfettamente in un mese circa.

Io insisto ancora nel proporre ai chirurgi di sperimentare la semplice ago-puntura per la cura dell' aneurisma esterno, quale mezzo per ottenere il coagulo, o nel sacco aneurismatico, o nell'arteria, inquantochè gli esperimenti fatti sui bruti la raccomandano; ed io l'ho trovata efficace moltissime volte nelle vene varicose degli uomini, ed atta a produrre il coagulo nella vena giugulare di una giumenta sana, nella scuola di veterinaria diretta qui in Ferrara dal valente professore sig. *Tomaso Bonaccioli.* Le operazioni delle varici colla semplice ago-puntura da me fatte per la massima parte in questo nostro civico arcispedale di S. Anna; diverse altre in città e fuori, onde sanare non solo le varici voluminose ed estese a tutto l'arto, ma insieme non poche volte condurre a cicatrice delle ulceri nelle gambe da esse provenienti e mantenute, mi confermano nella mia opinione. Effi-

---

(1) V. « Ragguaglio storico di due operazioni di chirurgia maggiore ». Ferrara 1831, per Gaetano Bresciani tipografo.

(2) V. « Mercurio delle scienze mediche: » « Nuovo metodo di eseguire la allacciatura temporaria delle arterie aneurismatiche esterne; » tomo 5.°, fascicolo di marzo 1826. Livorno.

cace pure e salutare ho trovato questa operazione per guarire delle varici alle braccia, e tre cirsoceli. Tutte queste guarigioni riuscirono in tempo diverso, per cui il coagulo del sangue in chi accadde dopo tre giorni dall' applicazione, in chi in sei e più, e perfino in quindici giorni non l' ottenni, ed in pochissimi non si stabilì. (V. la tavola in fine).

D'altronde non è egli vero che alcune volte delle scaglie, o squamme, o punte ossee che si sviluppano nell' interno delle pareti delle arterie, facendo una protuberanza nel lume arterioso, e così ostacolo al libero corso del sangue, sono cagione che si determini il coagulo sanguigno e fanno sì che si obliteri l'arteria? Questi fatti si trovano registrati nelle opere di anatomia patologica, e vi aggiungo il caso da me osservato fra i diversi altri nel cadavere del cavaliere dell' ordine Gerosolimitano signor Solito, che al pubblico presentai nel giornale dell'*Omodei*, fasc. 164, agosto 1830. Vedesi pure ciò accadere negli aneurismi falsi in causa dell'irregolarità e scabrosità delle loro pareti, e del corso tortuoso cui è obbligato il sangue nel diffondersi, e ben anco nelle lacerazioni vascolari sottocutanee, come in quelle nelle quali la cute è lacerata. Nelle une e nelle altre il sangue arrestato si coagula e fa obice all'ulteriore sortita, chiudendosi così i vasi aperti. Sono parimenti causa di chiusura dei vasi sanguigni una vegetazione, un polipo, ecc., che si costituiscono nelle loro cavità. Insomma tutto ciò che in un modo qualunque fa ostacolo al corso naturale del sangue nei vasi, può essere od è causa della formazione del coagulo e della obliterazione del vaso stesso, sia arterioso, sia venoso. È pur vero in fine che il coagulo del sangue può mancare in seguito a tutte le suddette cause, come l'anatomia patologica lo mostra ed attesta; imperocchè onde ciò avvenga, ci vogliono certe condizioni o disposizioni del sangue che non sempre si ha la fortuna d' incontrare.

Veniamo ora a dire dell'elettro-puntura, della quale ope-

razione da più di trent'anni s'incominciò a parlare fuori d'Italia da *Pravaz* e da *Scudamore*, che dissero potersi col galvanismo produrre nelle arterie dell'uomo vivo il coagulo del sangue. *Guérard* nel 1830 suggerì di tentare il galvanismo onde produrre l'obliterazione del sacco aneurismatico. *Leroy* d'*Etiolles* nel 1835 propose esso pure il galvanismo applicato coll'ago-puntura. Con tutto ciò tale proposta rimase come idea speculativa fino al 1845, in cui *Pétrequin* di Lione tentò l'applicazione della galvano-ago-puntura in un uomo il quale aveva un piccolo aneurisma di un'arteria temporale, e ne riportò la guarigione.

La operazione di *Pétrequin*, quantunque isolata, indicava la possibilità di sanare l'aneurisma recente e piccolo col galvanismo; restava però di viemeglio provarla con diversi altri fatti, relativi ad aneurismi antichi e voluminosi di grosse arterie e di qualunque siasi specie.

Subito dopo quello sperimento riuscito felicemente al chirurgo di Lione, gli italiani si posero a ritentarlo. Così fecero *Cappelletti*, *Derchia*, *Delisio*, *Ciniselli*, *Strambio*, *Squarci*, *Restelli*; ed in Francia l'*Abeille*, il *Bosè*, l'*Amussat* e diversi altri, i quali non ebbero sempre felice esito. Non si perdettero però di coraggio e non vi rinunciarono. Non poche volte il metodo da essi cimentato rimase senza effetto, onde dovettero replicare il tentativo nello stesso soggetto; talvolta diede luogo a sintomi gravi o venne rifiutata dagli infermi la rinnovazione dei tentativi in causa dei gravissimi mali sofferti durante l'operazione. In altri casi l'operazione si prolungò fino ad un'ora, e ne risultarono convulsioni, infiammazioni e perfino la morte degli operati. Tutti questi fatti e sinistri dell'elettro-ago-puntura si trovano registrati in diverse opere diffuse nella nostra penisola e fuori, per cui questo metodo di operare l'aneurisma esterno è quasi generalmente abbandonato, e forma omai parte soltanto della storia.

Il metodo dell'ago-puntura, da me proposto ed adope-

rato sino dall'anno 1850, è semplicissimo, facile ed innocuo, e induce il coagulo del sangue nel tumore aneurismatico, nelle arterie e nelle vene, siccome i fatti lo provano, ogni qualvolta viene applicato in soggetti il cui sangue sia disposto al coagulo. Esso lascia campo, in caso di mancato effetto, a nuovi tentativi sopra un altro punto del vaso e può permettere in seguito altri metodi di operazione, quali l'elettro-ago-puntura, o la semplicissima compressione digitale.

Nessuno, ch'io mi sappia, ha sperimentato il mio metodo nè in Italia nè fuori, del che non so vedere la ragione; quando non fosse nel non essere conosciuto dai chirurghi. Io però mi ritengo autorizzato, e dalla sua semplicità, e dalla sua innocuità nell'uomo, e dal potersi, in caso di mancato effetto, usare un'altra maniera d'operazione, a non cambiare per ora di consiglio, e ciò fin tanto che non mi sarà provato con buone ragioni e con fatti che io sono in errore e che il mio metodo è nocivo. Che anzi si rifletta che con esso si apporta un acceleramento assai minore nella circolazione di quello avviene nelle altre maniere di operare, e che facendosi il grumo nel sacco aneurismatico o nell'arteria lentamente, ed a poco a poco, si ha più tempo dai vasi collaterali per disporsi ad ammettere in maggior copia il sangue che deve servire al mantenimento del circolo e della vita delle parti sottoposte; mentre cogli altri metodi, particolarmente colla allacciatura, s'intercetta immediatamente il passaggio del sangue alle parti. Inoltre non è di piccolo vantaggio che il transito del sangue persista durante la formazione del grumo, e per l'arteria e per il sacco aneurismatico, mantenendosi in tal modo, fino alla completa obliterazione, una continuazione del materiale necessario alla vita delle parti inferiori al coagulo, vietandosi così più facilmente lo scoppio dell'arteria, l'emorragia secondaria, la mortificazione, od almeno limitando quest'ultimo sinistro, siccome fu osservato nel riportato caso del Guindani.

Raccomandano i preconizzatori dell' elettro-ago-puntura, di associare a questo metodo anche la cura preparatoria ed interna e gli altri presidj locali. Sapendosi che il metodo del *Valsalva* e dell'*Albertini*, siccome la compressione, la dieta rigida, ecc., ecc., sono stati adoperati anche da soli per guarire l'aneurisma e vantano qualche successo, così sarà prudente l'unire alcuno di questi metodi, e come preparatorio, e come coadjuvante all'operazione da me proposta.

Si è pure osservato che, applicandosi il galvanismo, non sempre il grumo si forma sollecitamente, ma richiede talvolta diversa misura di tempo e numerose sedute. Il che prova, a mio giudizio, che il coagulo può aver luogo in certi momenti della vita e fallire in altri, e che è lecito parimenti dubitare che il medesimo si possa determinare in punti diversi dell'albero arterioso apportando sinistri, o pronti, o tardivi, agli operati.

Essendo provato dai fatti e dalle esperienze eseguite sui bruti che l'immersione d'uno o più aghi, od anche un corpo estraneo, non eccettuato un grumo sanguigno introdotto nel cavo di un vaso, dà luogo più o meno presto alla formazione di un coagulo, che aumenta di poi sino a chiuderne il lume, sarei disposto a dubitare che in quelle applicazioni dell'elettro-ago-puntura, in cui non è accaduto il coagulo, gli aghi non siano rimasti infissi nel cavo del vaso o del sacco per un tempo sufficiente a produrre un rudimento di grumo, o che nel soggetto operato mancasse la disposizione primitiva o temporanea nel sangue a coagularsi. Sarei inoltre inclinato a pensare che la formazione del grumo nei casi d'esito felice di questa operazione sia stata piuttosto la conseguenza della applicazione semplice degli aghi, che non dell'elettricità; poichè l'azione chimica dell'elettrico dovrebbe essere ne' suoi effetti costante. Si potrebbe ancora dubitare che gli aghi non fossero rimasti nel cavo del vaso o del sacco per un tempo bastevole alla formazione del primo rudimento del grumo, o che inducendo

l' elettricità un accelerato e violento moto nel circolo, potesse smovere e trasportare via col sangue il primo rudimento di coagulo effettuatosi, accagionando per tal modo l'elettricità sintomi gravi ed effetti deplorabili.

Confessano ancora i chirurgi che usarono la galvanopuntura, che in sequela di essa si sviluppa talvolta la infiammazione nel tumore. Ma è noto a tutti che se la flogosi può talvolta essere origine del coagulo e causa di guarigione, può del pari per la sua estensione e per la sede dar luogo alla morte.

Si osserva inoltre che la elettro-ago-puntura riesce meglio negli aneurismi falsi, ne' traumatici. Questo dinota utile l' intervento delle scabrosità, delle ineguaglianze e dei depositi di linfa o di sangue concreto nella formazione del coagulo. Nel mio metodo, col quale si introducono nella cavità del sacco o nel cavo dell'arteria sana, uno o più aghi, questi servono di corpo estraneo e d' intoppo al circolo, d' onde il grumo che serve a chiudere l' aneurisma ed a guarirlo. Arroge che negli aneurismi falsi, quantunque vi siano le suddette circostanze di scabrosità od altro, pure la guarigione accade assai di rado, ed è appunto in tali casi ch' io ritengo vantaggiosa l'applicazione semplice degli aghi, allo scopo di indurre il grumo e l' obliterazione dell'aneurisma, sempre che esista nel soggetto, siccome si è detto, la disposizione nel sangue a coagularsi.

Da quanto ho detto e notato mi pare emerga che il metodo da me proposto per la cura degli aneurismi esterni, risulti senza pericolo affatto, perchè non suscita infiammazione; perchè non può indurre l'emorragia secondaria e perchè non apporta dolori, nè convulsioni all' operato, e questo sia che vengano applicati gli aghi nel tumore aneurismatico, quanto nell' arteria sana; che giovi nell' apportare l' effetto ricercato, cioè il coagulo del sangue nel luogo in cui s' impiantano gli aghi, e ciò parimenti tanto nell' aneurisma vero come nel falso e traumatico; che non riuscendo,

si può sostituirvi un altro metodo, come p. e. l'allacciatura; finalmente, che per la sua semplicità può essere eseguito da qualunque chirurgo, in qualunque luogo e condizione si trovi, da solo e senza apportare all'operando ed agli astanti alcun ribrezzo o spavento, in confronto dei pericoli, dei mezzi e della abilità che abbisognano per l'elettro-ago-puntura.

La cura radicale delle varici sino dagli antichi chirurghi fu risguardata difficile, quasi impossibile, per la qual cosa o non ne tentavano la cura, od adoperavano il caustico attuale per distruggerle, mezzo però assai penoso, e trovato insopportabile dallo stesso Mario Romano, il quale avendo esposto all'operazione una gamba, si ritenne dal presentarsi coll'altra, dicendo *che il rimedio era peggiore del male.*

Nei primi anni della mia pratica particolare mi accadde d'esser consultato da un cappuccino di questa città, d'anni 25, e affetto da varici croniche in una gamba. Non solo le varici lo incomodavano, ma per essere obbligato di andar scalzo, gli rincresceva di avere quella gamba mostruosa, ed altresì dubitava con ragione, che in progresso di tempo si potessero ammalare e rompere naturalmente od accidentalmente, o per infiammazione passare alla suppurazione, lasciando in seguito una piaga; per cui mi pregò caldamente di volerlo guarire. Per ottenere la guarigione radicale io gli proposi l'applicazione del caustico attuale, o l'uso del bistorì, incidendo le vene ammalate, ed egli di buon grado annuì a qualunque operazione avessi creduto d'intraprendere per sanarlo. Risolvetti in allora di praticare l'incisione, spaccando per ben quattro dita trasverse longitudinalmente, e per due dita obliquamente e trasversalmente come meglio credetti, e poscia medicai la ferita con filaccie asciutte e fasciai la gamba con fasciatura leggermente compressiva. Questa operazione colla successiva cura essendo riescita felicissima, altre ne eseguii in seguito nell'Arcispe-

dale e fuori, con esito parimenti felice, in alcuni casi esportando un tratto di tre o quattro pollici di vena varicosa e riunendo con successo la ferita per prima intenzione.

Dopo qualche anno m' avvisai di sperimentare la cucitura attorcigliata, e questa seconda maniera di operazione per curare radicalmente le varici, l' ho praticata passando un robusto ago da cucire sotto la vena che volevo legare, e poscia con un robusto refe eseguiva sul medesimo la cifra otto, come usano i chirurgi nel fare la cucitura attorcigliata. In non pochi casi non solo praticava una o due di queste cuciture sulla stessa vena, ma ne faceva diverse. Felici furono le cure da me intraprese con questo metodo, per cui lo posi in opera in moltissimi casi, anche per essere facile, semplice, non spaventevole e di breve durata, e sempre di pari felice risultato.

Pensai in seguito di poter ottenere colla semplice introduzione di un ago nel cavo della vena varicosa, il grumo o coagulo del sangue, e così guarire la varice. Diffatti postomi a sperimentare questa semplicissima operazione, senza tristi conseguenze, l' ho poi adoperata eziandio per curare l'aneurisma esterno, ed essa mi riuscì in moltissimi casi, alcuni dei quali qui presento nell' unita tavola sinottica.

Tali operazioni di ago-puntura semplice sono state da me eseguite per la massima parte nell'Arcispedale di S. Anna, al quale era addetto come chirurgo comprimario, alla presenza non solo dei chirurghi astanti di quello stabilimento, ma eziandio di molti studenti della mia clinica chirurgica; per la qual cosa non può esservi alcun dubbio intorno a quanto asserisco, essendo essi fatti estratti dal mio giornale di osservazioni ed operazioni chirurgiche. Il grumo si è formato sempre, se non che in qualche caso indugiò a costituirsi sino ad otto o dieci giorni, per tutto il qual tempo è convenuto lasciare conficcati gli aghi. Mai si è risvegliata febbre, mai si sono avuti indizj di flebite, mai ulceri o piaghe, mai verun altro inconveniente.

Tavola sinottica dimostrante le guarigioni di varici ottenute colla semplice ago-puntura nell'Arcispedale di S. Anna di Ferrara, in città e fuori, dal prof. Pietro Paolo Malagò.

N.º PROGRESSIVO.	NOME, COGNOME, ETA', PROFESSIONE, PATRIA.	MALATTIA E SUA EPOCA.	OPERAZIONE ED ESITO.
1	Giovanni Bondi, di anni 22, villico di Massa Fiscaglia.	Varici nella coscia destra e nella gamba con ulceri di antica data, in numero di tre.	Ago-puntura semplice. Conficcai tre aghi nelle ramificazioni della gran safena della gamba, ed uno nella coscia; li levai dodici giorni dopo ed erano guarite e le varici e le ulceri perfettamente.
2	Teresa Zucchini Conti, d'anni 57, del Finale di Modena, abitante in Ferrara.	Varici nella gamba sinistra da quindici anni complicate a vasta piaga, e prolungate nella coscia.	Ago-puntura semplice con diversi aghi qua e là nella gamba e nella coscia. In un mese guarirono e le varici e la piaga.
3	Gaetano Marchi, di anni 32, facchino, di Pontelagoscuro.	Varici nella sinistra gamba con piaga da diversi mesi.	Ago-puntura semplice fatta con due soli aghi. In sette giorni guarì perfettamente e delle varici e della piaga.
4	Domenico Montucci, d'anni 24, fuciliere pontificio, di Civitella, Delegazione di Forlì.	Varici nella sola gamba sinistra da diversi anni.	Ago-puntura semplice con un solo ago conficcato nella più grossa varice lateralmente al ginocchio. Guarito in dieci giorni.
5	Giuseppe Ancona, di anni 27, ferrarese, trafficante.	Varici nella gamba destra con vasta piaga da nove anni, e varici nella coscia.	Ago-puntura semplice fatta con due aghi piantati nella gran safena sopra il ginocchio. Guarito in un mese comcompletamente.
6	Domenico Graziadei, d'anni 43, questuante ferrarese.	Varici nella destra gamba con ulcera cronica da dieci anni.	Ago-puntura semplice con tre aghi penetrati nelle varici del terzo inferiore della gamba. Guarito di tutto in circa un mese.
7	Antonio Faggioli, di anni 54, villico, di Monestirolo.	Varici voluminose nella gamba destra da otto anni.	Ago-puntura semplice con quattro aghi conficcati nelle più grosse varici. Guarito presto.
8	Natale Cavallina, di	Varici con superfi-	Ago-puntura semplice con

N.° PROGRESSIVO.	NOME, COGNOME, ETA', PROFESSIONE, PATRIA.	MALATTIA E SUA EPOCA.	OPERAZIONE ED ESITO.
	anni 45, di Medelana, villico.	ciali ulceri diverse nella sinistra gamba da diversi anni.	tre aghi posti nei principali nodi varicosi. Si levarono gli aghi dopo quattro giorni, ed in dodici fu guarito pienamente delle varici.
9	Vincenzo Tesini, di anni 58, ferrarese, caffettiere.	Varici nella destra gamba circa alla sua metà, da un anno.	Ago-puntura semplice fatta con tre aghi introdotti nelle varici. Guarito in dieci giorni.
10	Luigia Meneghetti, d'anni 56, servente in Ferrara, della Villa di Contrapò.	Ulcera cronica da sette anni in causa di molte varici voluminose nella gamba sinistra.	Ago-puntura semplice fatta con cinque aghi piantati nelle varici. Guarita e dell'ulcera e delle varici in quindici giorni.
11	Giovanni Volpato, romano, d'anni 31, tenente di linea pontificio.	Varici numerose da diversi anni nella sinistra gamba e coscia.	Ago-puntura semplice eseguita con undici aghi, cioè, sei nelle varici della gamba, e cinque in quelle della coscia. Guarito in dieci giorni perfettamente.
12	N N., d'anni 22, ferrarese, possidente.	Varicocele da anni esteso tutto lo scroto. Malattia gentilizia.	Ago-puntura semplice con sei piccoli e sottili aghi conficcati nelle varici sparse per lo scroto. Guarito in dodici giorni perfettamente.
13	Zefiro Melotti, d'anni 47, di Modena, domiciliato in Ferrara, veterinario.	Varici non molto voluminose nella destra gamba, da due anni.	Ago-puntura semplice con nove aghi conficcati nelle varici. Guarito in pochi giorni.
14	Maria Ferri Boari, d'anni 35, di Murrara.	Varici con ulcera sul dorso del piede destro, da diversi anni.	Ago-puntura semplice con sei aghi piantati nelle varici. Guarita in venti giorni.
15	Giovanni Fabbrì, di anni 40, negoziante, ferrarese.	Varici da diversi anni in alto vicino al poplite all'esterno del ginocchio destro.	Ago-puntura semplice con quattro aghi immersi nelle varici. Guarito pertettamente in quattro giorni.
16	Domenico Berozzi, d'anni 24, della villa di Cassana, soldato di finanza pontificio.	Varici da otto mesi nella coscia e gamba sinistra.	Ago-puntura semplice con nove aghi conficcati nei più grossi nodi varicosi tanto della coscia, che della gamba. Guarito in pochi giorni pienamente.

N.° PROGRESSIVO.	NOME, COGNOME, ETA', PROFESSIONE, PATRIA.	MALATTIA E SUO ESITO.	OPERAZIONE ED ESITO.
17	Giuseppe Briani, di anni 62, accattone, della villa di S. Vito.	Varici assai voluminose accompagnate da antica ulcera nella gamba destra.	Ago-puntura semplice co dieci aghi conficcati nelle pi cospicue varici. Presto fu gu rito di tutto.
18	Sebastiano Serra, di anni 26, soldato di linea pontificio, della pieve di Cento.	Varicocele della parte sinistra dello scroto da circa otto mesi.	Ago-puntura semplice co dieci aghi assai fini, pianta nelle varici dello scroto a s nistra e levati dopo quatt giorni. Guarito in dieci.
19	Michele Candini, di anni 45, facchino, del sobborgo di S. Lucca di questa città.	Grosse varici da sei anni nella gamba destra.	Ago-puntura semplice m diante dieci aghi applica nelle varici. Guarito in poc dì.
20	Giuseppe Sandonati, d'anni 68, ferrarese, facchino.	Voluminose varici ed ulcera cronica da molti anni nella gamba destra.	Ago-puntura semplice co dodici aghi immersi nelle v rici. In breve tempo fu sana di tutto.
21	Vittoria Tassinari Farolfi, d' anni 57, ferrarese.	Varici voluminose, conseguenza di gravidanze, sparse per la gamba e piede destro nel quale v'erano due ulcere da diversi anni.	Ago-puntura semplice m diante undici aghi piant a zig zag per la gamba e pied Guarita in dodici giorni.
22	Luigi Gramigna, di anni 60, villico, nato nella villa di Francolino, abitante in quella della Boara.	Varici della sinistra gamba da sedici anni assai voluminose.	Ago-puntura semplice m diante diecisette aghi pia tati nella gamba, ed uno ne coscia. Guarito in poco me di un mese.
23	Giovanni Forlani, di anni 34, domestico, ferrarese.	Varici molte e voluminose nella gamba sinistra da sedici anni.	Ago-puntura semplice e guita con diecisette aghi ne gamba ed uno nella cosc Guarito in circa un mese.
24	Lidovina Franchina Rajmondi, d'anni 46, villica, di S. Martino della Pontenara.	Varici nella gamba destra con ulcera nel dorso del piede recidiva da diversi anni.	Ago-puntura semplice c cinque aghi conficcati ne varici. Guarita presto.
25	Luigia Rajmondi Manzoli, d'anni 26, della villa di Aguscello vliica.	Varici molte e voluminose da due anni, conseguenza di gravidanza, nella gamba destra.	Ago-puntura semplice m diante otto aghi infissi ne varici. Presto guarì.

GRESSIVO.	Nome, Cognome, Eta', Propeslione, Patria.	Malautia e sua epoca.	Operazione ed esito.
6	Teresa Zanzi, d'anni 67, raccoglitrice di stracci, della villa di Porotto.	Varici nella destra gamba da quaranta anni.	Ago-puntura semplice con sette aghi eseguita nelle varici. Guarita.
7	Maria Sivieri Mari, d' anni 40, di Pontelagoscuro, miserabile accattona.	Varici con vasta ulcera cancrenosa nella gamba sinistra da diversi mesi, complicate ad ipertrofia di milza.	Ago-puntura semplice fatta con otto aghi. Guarita di tutto in poco tempo.
8	Paolo Borelli, romano, d'anni 34, soldato di linea pontificio.	Varici nella gamba sinistra da cinque anni.	Ago-puntura semplice eseguita con otto aghi. Guarito prestissimo.
9	Francesco Rospinosi, d'anni 34, sartore, ferrarese.	Varici assai numerose ad ambo le gambe e nelle coscie, da diversi anni.	Ago-puntura semplice mediante dieci aghi nell' arto sinistro, e cinque nel destro, tutti nello stesso momento. Guarito perfettamente in cinque giorni.
0	Michele Candini, di anni 42, cuoco, ferrarese.	Varici grosse ed estese nella gamba destra da otto anni.	Ago-puntura semplice con venti aghi piantati nelle varici. Nessun sinistro accadde, ed in cinque giorni fu guarito perfettamente.
1	Giuseppe Sandonati, d'anni 70, facchino, ferrarese.	Varici molte e voluminose con ulcera da un anno nella gamba destra.	Ago-puntura semplice con nove aghi. Presto guarì di tutto.
2	Barbara Chiarati, di anni 71, della villa di Ro, villica.	Varici nella destra gamba, complicate a risipola: quelle esistenti da anni, e la risipola da giorni.	Ago-puntura semplice, dopo guarita dalla risipola, praticata con nove aghi. Guarita ben presto.
3	Domenico Palerma, d'anni 73, villico, di Migliaro.	Varici nella gamba destra, da non molti anni.	Ago-puntura semplice con sette aghi, piantati nella gran safena. Guarito presto.
4	Angelo Bigoni, di anni 50, della villa di Fossanova S. Marco, villico.	Varici numerose nelle gambe da diversi anni.	Ago-puntura semplice con molti aghi infissi nelle varici di ambo le gambe. Guarito presto.
5	Ausonio Canella, di anni 60, fabbro ferraio, di Migliaro.	Varici numerose nella gamba sinistra, da diversi anni, complicate a piccole ulceri da poco tempo.	Ago-puntura semplice mediante sette aghi levati dopo quattro giorni. Guarito affatto di tutto in poco tempo.

Monografia delle vertigini e ricerche di fisiologia nevrologica; *del dott.* **FILIPPO LUSSANA**. (*Continuazione della pag.* 252 *del precedente fascicolo*).

Capo 2.° — *Della vertigine eccentrica sensoriale.*

Vertigine visiva da strabismo esterno, — da strabismo interno. — Diagnosi. — Prognosi. — Vertigine visiva senile. — Altre lievi e transitorie vertigini visive. — Vertigine organico-acustica. — Diagnosi. — Prognosi. — Vertigine acustica-senile. — Mancanza della vertigine eccentrica-sensoriale-tattile. — Cura delle vertigini eccentriche-sensoriali.

§ 1.° — *Mackensie* ed altri Ottalmologi hanno segnata la vertigine fra i sintomi dello *strabismo esterno*, cagionato dalla *paralisi del terzo pajo cerebrale.*

Codesti malati vedono gli oggetti *duplicati* ogni qual volta, elevando alcun poco la palpebra paralitica colle proprie dita, o inclinando all'indietro il capo, possano servirsi anche dell'occhio affetto per la visione; — e ne diventano vertiginosi.

Eccone una analoga

Osservazione 2.ª -- Il sig. X., di Gandino, dottore in legge, d'anni 55, nell'agosto del 1855 incontrava una febbre reumatica la quale finiva per localizzare precipuamente i suoi dolori all'orecchia destra ed alla metà corrispondente del capo.

Guaritone in breve, e poi riespostosi a novelle perfrigerazioni montane, coi primi dell' ottobre dello stesso anno veniva riassalito dalla sua doglia reumatica all'orecchio, alla gota, alle tempia, alla fronte del lato destro. Ma quasi contemporaneamente gli sopraggiungeva un prolasso completo della palpebra superiore destra ed una assoluta impotenza a volgere il corrispondente occhio in alto ed all' interno (paralisi reumatica della prima branca del terzo pajo).

Durava codesto stato per un mese e mezzo, cioè fino ai pri-

mi del dicembre. In tale frattempo il malato fu sempre obbligato a guardare il letto. Imperocchè, qualor se ne levava, lo coglieva tosto la vertigine. E ciò gli avveniva tanto più quanto più cercava servirsi anche dell' occhio destro, cui svelava colle proprie dita dalla prolabente palpebra, oppure lo teneva alquanto scoperto ed usabile, reclinando allo indietro il capo e per tal guisa ostando alla caduta dalla suddetta palpebra. Imperciocchè sentendosi incerto ed inassuefatto a dirigersi intorno colla scorta d' un occhio solo, non poteva rattenersi quasi anco suo malgrado a pur sempre ritentare il sussidio dell'occhio paralizzato. E così appena ei voleva alzar lo sguardo, appena il voleva rivolgere a stanca, ed anzi anco mirando di facciata, gli oggetti apparivangli duplicati. Ben intesi che la diplopia riesciva vieppiù marcata e forte, quanto più lo sguardo si rivolgeva in alto od a manca. Per poco che il malato avesse continuato in cotale prova, addiventava vertiginoso: ogni cosa gli sembrava cambiar sito, addoppiarsi, riunificarsi e riaddoppiarsi ancora, e le duplicate immagini degli oggetti riaccostarsi, allontanarsi, riconfondersi in tutte le direzioni a seconda che il malato, quasi cercando rassicurarsi infra il disordine delle sue illusioni visive, rivolgeva nel diverso senso le sue luci. Allora la vertigine sempre più cresceva ed il paziente chiudeva ambi gli occhi e facevasi riporre a letto. Era tanta la pena morale, la quale gli veniva occasionata da questa sua confusione visivo-locomotiva che, dopo alcune prove fatte nei primi giorni, non ebbe più il coraggio di oltre cimentarsi a far passi nella sua stanza per un mese e mezzo, cioè fino a quando fu guarito dalla paralisi oculo-motrice e quindi anche dalla vertigine.

E si noti che questo paziente non poteva, nei due mesi di sua malattia, addarsi nemmeno alla ricreazione di qualche lettura, imperciocchè essa, coll'ajuto di un solo occhio, apportavagli ancora il capogiro, e vieppiù glielo apportava colla cooperazione strabica e diplopica di ambedue gli occhi.

(Dalle *Osservazioni fisio-patologiche sul sistema nervoso spinale*, del dottor *F. Lussana*; Gazzetta med. It. Lomb., 1856).

§ 2.° — Ogni forma e specie di diplopia suole addurre un grado più o meno forte di vertigine. Tuttavia il tempo

e l' esercizio valgono a somministrare al paziente una graduata correzione delle proprie ingannevoli sensazioni ed a meglio equilibrare i movimenti spontanei sulla rettificazione delle medesime.

Tuttavia il primo arrivare dello *strabismo esterno* svolge irremissibilmente un qualche grado di vertigine. — Meno lo *strabismo interno* (paralisi del VI).

Osservazione 3.a — Un nostro amico, avvocato X., già domiciliato a Gandino, per una causa probabilmente traumatica, era colpito da impotenza a rivolgere all'esterno il bulbo oculare sinistro.

Questa paralisi persistette ostinata e completa per anni parecchi e nè attualmente pure si è tolta.

Coi primi mesi (inverno del 1849-50) il medesimo trovavasi costretto a quasi non uscire di casa , perocchè per poco lo pigliava il capogiro nella strada. E ne pativa gravemente nel morale.

Imparò mano mano a sminuire gli effetti diplopici dello strabismo, schivando di volgere il guardo a sinistra, e così la vertigine non gli arrivava, o meno.

Attualmente egli riuscì a rassicurarsi contro a codeste illusioni visive diplopiche, e, benchè ancora qualche pò visibilmente strabico, non va tuttavia incontro alla vertigine.

(Dalle *Osservazioni fisio-patologiche sul sistema nervoso spinale* del dottor *Filippo Lussana:* Gazzetta med. It. Lomb., 1856, N.° 49).

§ 3.° — Ci giovino le due riferite istorie anche a descrittivo ragguaglio nosografico della presente specie di vertigine.

Essa può cogliere indistintamente qualunque sorta di persone : non v' ha attitudine o specialità che più vi predisponga o che più ne preservi. Una volta che di repente giunga lo squilibrio di parallelismo degli assi ottici e che l' individuo ne sia soprafatto dalla diplopia per istrabismo , egli perde la rettitudine del suo perpendicolo e della sua locomozione frammezzo a quello strano duplicarsi degli oggetti.

Havvi però una rimarchevole distinzione da proporsi, ed è che: se la diplopia venne in iscena per lenti ed insensibili gradi, in allora il paziente potè aver l'agio di esercitarsi mano mano ad adattare ed a riordinare i movimenti proprj contro alla fallacia della visiva duplicazione, e non incorre nella vertigine.

Ed altrettanto riesce a fare col tempo lungo, anche dopo la subitanea diplopia.

La diagnosi di questa vertigine è palmare e caratteristica. La sua cagione risiede nella diplopia per *strabismo* e l'ammalato suole egli stesso quasi fisiologicamente spiegarvi il motivo del suo capogiro, accusandone la duplicazione visuale, e voi potete col più ovvio esame obbiettivo assicurarvene.

Noi abbiamo chiamata *eccentrica* una tale vertigine, però che la si determini da bugiarde sensazioni fattesi negli *organi esterni visivi:* — *sensoriale*, perchè muove dagli *apparecchi esterni dei sensi* e per quindi distinguerla dalla precedente od *obbiettiva* (che procede dalla falsa rappresentazione degli *oggetti*).

Carattere essenziale di questa specie di vertigine egli è che:

1.° ella compare soltanto ed ogni qual volta che il paziente si mette nella attitudine dello strabismo, — e diversamente no:

2.° chiudendo gli occhi, la vertigine tace all'istante, ed egualmente, chiudendo l'occhio inobbediente, e che

3.° col tempo l'uomo può riuscire per la propria attenzione a vincersi dalla vertigine.

§ 4.° — La prognosi di questa vertigine è piuttosto favorevole: non però nel senso e nel modo che la precedente (*obbiettiva*). Questa (*obbiettiva*) non suole cessare se non colla amozione delle cause: col continuare di queste suole a dismisura aggravarsi. — Invece la *sensoriale eccentrica* va mano mano decrescendo e scomparendo anche ad onta che lo *strabismo* perseveri.

Inoltre, le cause della *obbiettiva* ponno al momento sospendersi, e colla loro sospensione va graduatamente dileguandosi anche la vertigine. — Invece la causa della seconda ordinariamente riesce tenace; ella sta inerente all'organismo del malato.

La speranza per la definitiva risoluzione della vertigine *sensoriale* sta nel tempo, nella assuefazione e (quando sia, e spesso difficilmente) nella cancellazione del dissestato parallelismo ottico.

Invece la certezza della guarigione della vertigine *obbiettiva* risiede nella facile amozione delle disordinate rappresentazioni sensoriali estrinseche, indi nel riposo. D'altronde la *obbiettiva* può giungere talfiata (colla pertinace continuazione delle cause) fino a terribili conseguenze, e fin anco alla morte: giammai la *eccentrica sensoriale* (per quanto fino a qui ne analizzammo gli elementi e per quanto spetta ai soli effetti della vertigine), la quale d'altronde non implica la grave *illusione tattile* e non suole arrivare nemmeno fino al vomito, dacchè il paziente, allorachè viene soprafatto e conquiso da quel senso di indefinibile abbattimento morale, tronca la scena dei suoi tentativi funesti e chiude gli occhi e finisce per calmarsi. Invece non mancano casi di individui delicati, che nella talor necessariamente lunga mareggiata finiscono per rimaner vittime della vertigine e del suo *mal-di-mare.* E se anco non vogliamo menar buoni su questo conto i due fatti narrati da *Forget* e da *Allard*, perocchè potette esserne accusabile a complicanze encefaliche o gastro-enteriche la morte; tuttavia dobbiamo fatalmente credere al caso doloroso di quella giovane damigella di cui *M. Hall* nel suo *Aperçu* narra la morte.

§ 5.° — Leggiamo in *Darwin* (Zoonomia): « Accade a molti, arrivati che sieno al cinquantesimo o sessantesimo anno, d'andar soggetti a leggieri vertigini; che per lo più sogliono malamente attribuirsi a indigestione e che realmente

nascono da incipiente difetto della vista; poichè appunto a quest' epoca eglino incominciano ad aver d'uopo d'occhiali per leggere caratteri minuti specialmente in inverno od a lume di candela, essendo però tuttavia capaci di leggere quei caratteri stessi nei giorni d'estate quando la luce è più forte. Costoro non veggono più gli oggetti distintamente come prima, e a forza di esercitare i loro occhi più del solito, percepiscono i movimenti apparenti degli oggetti e li confondono coi movimenti reali. E quindi è poi che non ponno esattamente equilibrarsi in modo da mantenere per mezzo degli oggetti stessi il loro perpendicolo ». (Tom. II, pagine 93, 94).

Ognuno può con facilità accorgersi della natura e della causa patologica di questa vertigine *eccentrica-sensoriale visiva*, ogni qual volta rifletta all' età del paziente ed allo stato della sua indebolita vista, non che alla mancanza di qualunque altro motivo riconoscibile. Vale poi a far bene distinguere codesta vertigine dalla *centrica* il criterio seguente: — Il paziente ne vien preso sol quando si metta all' incesso e tanto più se con sollecitudine, e più ancora se s' applichi a guardar minuti oggetti. Invece la vertigine *centrale* (organica, o essenziale, o pletorica) capita senza nessuna concorrenza di queste cause: ella è talora *continua* e talora *accessionale*, ma sempre senza veruna influenza delle cause accennate occasionalmente per la presente. Inoltre nella *continua* manca o non vi contribuisce la accidentale o rara complicazione del difetto *esterno* visivo. In una parola, la vertigine *eccentrica-sensoriale ottica* riconosce la evidente sua origine da *verificabile manchevolezza della vista negli organi suoi esterni.*

Anche questa vertigine non è feconda di pericoli per sè stessa. Non suole tuttavia ammettere buone lusinghe di guarigione, attesa la ordinaria *incurabilità del difetto visivo senile.*

§ 6.° — Altre ed innumere illusioni si dànno di *scotomia*, *miodepsia*, *emiopsia* e simili, nelle percezioni visive e nei prodromi della amaurosi e della cataratta, ai quali solamente un grado lieve e soventi inattendibile succede di vertigine, perchè lentamente si svolgono quei disturbi sensoriali, e perchè intanto sono sempre avvertiti (per quanto sono avvertibili e visibili) nella *reale posizione propria* gli oggetti esterni in rapporto ai quali commisurare la aggiustatezza dei proprj movimenti volontarj. Nè l' aggiunta delle *mosche* o dei *punti neri* o d'altri piccoli inganni volitanti innanzi agli occhi difforma la giusta *ubicazione* visibile degli oggetti esterni, verso a cui regolarsi nel moto. Nè manca lo stesso paziente di mano mano imparare a far non bada ai medesimi, tanto da ben saperne evitare la menzogna per la propria coordinazione locomotiva.

§ 7. — Ognuno di noi avrà avuto a trattare delle molte e svariate malattie acustiche, dalle semplici flogosi esterne fino alle gravi otitidi interne ed alle alterazioni organiche delle interne cavità otiche. Ognuno di noi conoscerà i fenomeni immancabili, che i pazienti accusano di ronzamento, frastuono, intronazione, tintinnio, fischio, sussurro e d' altre innumere varietà di auditorie illusioni o *paracusi*. Tutti i trattatisti speciali ne tengono favella e conto.

È un grado limitato di vertigine, il quale non arriva però effettivamente al punto estremo della assoluta impotenza o disordinazione locomotiva e statica, perciocchè i malati soglionsi razionalmente dar ragione delle proprie illusioni e correggerle all' uopo cogli altri sensi. D' altronde, alloraquando codesti pazienti sono portati a tal gravezza di malattia, giacciono eziandio obbligati a letto; e non viene fatta quindi occasione a loro di cimentarsi alle turbinose possibilità della vertigine locomotiva per le confusioni acustiche.

Per triplo motivo adunque non suole specificarsi, appo ai trattatisti delle malattie acustiche, il sintomo correlativo della vertigine, giacchè

1.° Questa (la vertigine) non suole portarsi al grado considerevole, cui le altre:

2.° Quando è sì grave la malattia *otica interna* da doverne accagionare la vertigine *auditiva*, in allora vi capita per sopraggiunta un tale cumulo di altri nervosi patimenti, che non permette al malato di passeggiare attorno o di cimentarvisi, e che d'altronde eclissa eziandio il meno cospicuo e meno periglioso sintomo della limitata vertigine o del capogiro. « Dolor acerrimus, penitiorque est, ad caput, cerebrumque protenditur ac pæne dementat; et non raro nervorum distensiones, vomitus, animi deliquia ac delirium superveniunt... Interdum nervorum distensionem, epilepsiam, apoplexiam, deliriumque antecedunt ». (*Borsieri*, De dolore aurium et quibusdam auditus vitiis).

3.° Il sintomo vertiginoso, che segue alle confusioni auditive, riuscendo soltanto secondario, accessorio o relativo, diventa inutile a specializzarsi ed a registrarsi nella nosografia delle malattie *acustiche*.

Non è così delle affezioni *ottiche*, diplopiche o strabiche; nelle quali, a prima giunta ed a prima prova, insorge la vertigine; e nelle quali il malato, solendo provarsi alla locomozione, mette ad ogni tratto in iscena il fenomeno cr detto.

Non altro però se non appunto un effetto vertiginoso egli è quell'ordinario fenomeno di incertezza ed agitazione e confusione di capo, le quali ravvisansi tutto dì nei malati di gravi affezioni acustiche interne. Essi ne giaciono conquisi dai gravi loro patimenti; guardano di solito il letto, o stanno abbattuti e ritirati nel loro patire. Ma se propriamente vogliono cimentarsi ad una estesa locomozione, non manca di coglierli il capogiro.

Osservazione. 4.ª — Nel gennajo del 1855 noi abbiamo ispezionato col Consesso Giudiziario di Gandino un ferito (Francesco Lanfranchi di Casnigo), al quale era stato fratturato il cranio alla

tempia destra. Colavagli siero sanguinolento dal meato auditivo corrispondente: in detta orecchia egli accusava diminuzione di udito ed un pulsante rombazzo. Finchè stava a letto e quieto, nessun capogiro gli avveniva; ma alle prime prove che fece nei giorni di sua convalescenza per sortir di camera, per discendere le scale e passeggiar la strada, non mancavagli correlativamente il capogiro.

È guarito sì da questo, sì dalla frattura cranica e da tutte le altre conseguenze della medesima.

Osservazione. 5.ª — Nel 1846 curavamo un robusto uomo della Botta, distretto di Zogno, il quale offriva un largo scolo icoro-purulento da un orecchio, avvenutogli in seguito a gravissima otite interna. Aveva quasi onninamente perduto l' udito da quel lato, e vi pativa delle moleste paracusi.

Il malato ne stava ordinariamente obbligato a letto: ma se si provava a sortirne ed a girar per la camera, era preso da vertigine. Sospettammo di erosioni e carie minata entro alle concamerazioni della terza cavità dell'udito, e ne tememmo la conseguente corrosione per in verso e per entro al cranio. E ciò fatalmente avvenne in brevi giornate, con uno scoppio di irreparabile e letale apoplessia di stravaso purulento.

Di questo caso venne fatta analoga relazione nel trimestrale rendiconto di servizio medico, alla rispettiva commissaria.

Quello, che noi in questi casi assai gravi abbiamo osservato, ed altri l'avrà certamente.

Così fra le cause della vertigine il *Frank* notava gli *abscessus ad aures.*

Noi stessi però confessiamo, che, fra gli imponenti fenomeni onde sono bersagliati i malati colpiti dalle gravi e pericolose alterazioni degli organi interni acustici, la vertigine è cosa o poco attendibile o quasi non verificabile, però che gli altri allarmanti fenomeni attraggano ben più seriamente l'attenzione e l'apprensione del medico e del malato, e inoltre non permettano neppure di mettere a prova la possibile verificazione della vertigine stessa, coll' azzardare all' incesso un paziente, che versa in tali gravezze.

§ 8.° — Assai facile torna la diagnosi distintiva di codesta vertigine *eccentrica-sensoriale*, *organico-acustica*. Tutte le precedenze obbiettive e subbiettive, le quali caratterizzarono e seguirono le fasi della malattia locale auricolare, ne mettono alla previa portata del sicuro giudizio sulla sede del male: la presenza istessa delle sintomatiche obbiettività idiopatiche agli organi acustici serve a raffermare ed a positivare la diagnosi. Ned è mestieri trascorrere qui alla rivista e rassegna nosografica di tutte le notorie emergenze, le quali bastano per sè sole a far localizzare con sicurezza il male nelle cavità otiche. Arrogi, che lo stesso paziente accusa le penosissime e continue sue illusioni acustiche d'ogni fatta, e le riconosce per causa originaria de' suoi balordoni e de' suoi capogiri.

§ 9.° — Così, come è facilissimamente differenziabile codesta specie di vertigine, così foss'ella suscettibile di qualche meno che tristo pronostico!! — Ma dessa, al rovescio delle precedentemente esaminate, presenta delle ben limitate e rare speranze. Onde ci avvertiva *Ippocrate*: — « Parvi, in longis morbis, aurium tumores, si subinde sanguis ex naribus profluat et tenibricosa vertigo excitetur, exitio sunt ». (Coacæ prænot., n.° 105).

Non è quì però per nulla grave la vertigine in sè stessa, nè foriera ell'è di patimenti considerevoli. Ma la causa che la mantiene, generalmente consiste in alterazioni profonde e spesso inamovibili della cassa cranica dell' udito. Qui la vertigine non è che sintomo secondario di malattia generalmente pericolosa: è un criterio di infausta prognosi per la malattia principale.

§ 10.° — Un'altra vertigine *auditiva eccentrica* abbiamo tuttavia, non così funesta in suo pronostico, ma pur tuttavia non meno e fors'anco più inaccessibile a mezzi curativi. Ella è questa la vertigine de' vecchi, colpiti da ipocofosi e paracusi, o (per usare di meno barbare parole) di quei vecchi, a cui si ottuse l' udito, e divenne bersaglio a frastuoni

e bisbigli illusivi, e che vedonsi portare oscillante il capo e incerto il passo. — « Senibus autem (ci diceva *Ippocrate*)... vertigines..., visûs hebetudines, glaucedines, auditûs gravitas ». (Aphor., sect. III. 31).

Darwin scriveva:

« V' è una vertigine *auditoria*, che suol dirsi comunemente *rumore o intronamento di testa*..., alla quale sono parimenti soggettissime le persone di età avanzata e che si deve incominciare il loro udito a diventare ottuso. Questo *rumore* talvolta s'assomiglia ad un suonar di campane, talvolta s'assomiglia ad un canto o ad una specie di fischio nelle orecchie, ed è prodotto dall' incominciare noi a provare una sensazione disaggradevole in conseguenza del non essere più capaci di udire i suoni così distintamente come prima li udivamo » (Tom. II, pag. 94, 95).

Anche di questa vertigine riesce assai agevole la diagnosi distintiva. L'età, gli incomodi auditivi che si rilevano e si accusano dal paziente e dal medico, e quel caratteristico oscillar del capo, che ne consegue, dànno una impronta tutta propria a questa specie di vertigine.

Noi dobbiamo predirne male, quanto alla guarigione; ma non possiamo temerne direttamente per fatali conseguenze, come il dobbiamo per la vertigine *auditiva da alterazioni otiche interne*.

§ 11.° — Noi non sappiamo di vertigini *eccentriche* per difetto *esterno* del *tatto muscolare* o per illusioni del medesimo, a cagione di affezioni, che colpiscano estrinsecamente l' apparecchio periferico del senso suddetto, sia nei muscoli, sia ne' loro nervi (cioè una vertigine *eccentrica sensoriale-tattile*). E non sappiamo infatti di casi, ove essa anestesia si estendesse a tanto da doverne produrre la vertigine correlativa. Imperciocchè insino a tanto che la anestesia aggredisce un' area limitata di muscoli o di regione corporea, a oltranza supplisce tutto l'uso delle altre parti nella giustissima ed aggiustata coordinazione motrice. E non è senza

fondamento perentorio il quí riflettere: qualmente le affezioni che colpiscono di anestesia un appena notevole gruppo di muscoli, necessariamente implichino eziandio la loro *paralisi volontaria-motrice*, onde non è tampoco più verificabile la *inordinazione* effettiva del loro governo *sensoriale*, colà dove ne rimane abolito eziandio ogni esercizio ed ogni attualità. Propriamente i nervi periferici, che vanno ai muscoli e che vi spargono il *senso* e la *volontà motrice*, stanno assembrati in comuni tronchi; nè può avvenire *paralisi* della prima, senza che pure della seconda.

Bensì ne giungerà occasione di studiare la vertigine *tattile centrica*, ossia da abolita o compromessa innervazione del corrispettivo organo centrale encefalico.

§ 12.° — Tutte codeste varietà di vertigine *eccentrica sensoriale* riconoscono sol unico un mezzo di cura: la guarigione del difetto, il quale risiede nell' *apparecchio esterno della vista e dell' udito.*

Ad ottenere poi codesta guarigione degli apparecchi sensoriali esterni, diversi alle diverse vertigini *sensoriali* richieggonsi i mezzi ed i soccorsi: come pur diverse presentansi le corrispettive alterazioni, e diverse affatto ne si offrono le attitudini e le riuscite dei mezzi consigliabili.

Togliere lo strabismo diplopico, — avvantaggiare la indebolita vista, — correggere le alterazioni acustiche, interne, — ammegliorare il difetto auditivo, — ecco il perno cardinale ed unico di codesto trattamento e della possibile guarigione.

È perfettamente vana e perduta opera il rivolgersi a mezzi altrimenti diretti, o destinati ad agire sui *centri nervosi.*

La terapia speciale, in tutti i classici e numerosi Trattati delle malattie oftalmiche ed acustiche, ci addita i soccorsi proprj alle diverse specie di malattie, che investono gli organi esterni della vista e dell' udito, e delle quali non è se non un secondario sintomo la attuale vertigine *eccentrica.*

Noi porremmo piede troppo fuori del seminato, in voler qui affollare una rivista dei piani curativi, che sono specificatamente applicabili alle medesime.

Basterà avere individuato diagnosticamente la affezione primaria degli apparecchi sensoriali esterni, dalla quale dipende la vertigine: — la cura speciale della suddetta ci verrà ammanita dagli speciali trattatisti delle malattie ottiche ed acustiche. (*Continua*).

Relazione della Commissione incaricata di sperimentare il metodo del prof. *Pignacca* per la cura de' tignosi nell'Ospedale Maggiore di Milano. *Letta nella seduta mensuale dell'* 11 *dicembre* 1858.

Il prof. *Antonio Pignacca*, di cui la scienza e l'Italia lamentano la perdita, mi faceva conoscere or fa un anno in una lettera assai gentile che venne inserita nella « Gazzetta medica lombarda » (N.° 52 del 1857), un metodo di cura per la tigna che a lui sarebbe riescito pronto ed efficace.

Sebbene io non sia in genere inclinato a dar molta importanza a proposizioni che si appoggiano ad un piccolo numero di osservazioni, non poteva accogliere che con compiacenza e con gratitudine una comunicazione che mi veniva fatta da un insegnante di acuto ingegno, e di tutta coscienza.

Mi riserbava però di esporre allo stesso professore la mia opinione dopo che avessi sottoposto quel metodo a congrue esperienze nel nostro grande Ospedale, ove i tignosi d'ambo i sessi costituiscono una speciale divisione di malati abbastanza numerosa. Nominai pertanto all'uopo una Commissione, composta del sig. dott. *Lamberti*, già medico

ordinario nella divisione dei tignosi, del sig. dott. *Verri* successore del dott. *Lamberti* nella stessa divisione, e del sig. dott. *Giuseppe Polli*, il quale fra le varie specialità coltivò con amore e con frutto anche quella della tigna, ed essa potè utilizzare il concorso del sig. dott. *Dubini*, medico aggiunto nel comparto tignosi. E siccome moltissimi sono i metodi che già si tentarono nell' Ospedale Maggiore di Milano, specialmente per cura del benemerito dott. *Napoleone Sormani*, contro questa schifosa malattia, mi feci carico di richiamare gli atti relativi e di assicurare che il metodo suggerito dall' egregio professor di Pavia non era stato ancora esperimentato.

Disgraziatamente le esperienze perchè riuscissero concludenti hanno dovuto essere ripetute, e intanto il povero prof. *Pignacca*, roso da lento malore, andò in luogo ove più non lo toccano le mondane questioni.

Il rapporto della Commissione è dunque arrivato troppo tardi per servir di risposta all' ottimo clinico di Pavia, e a me non è dato di accompagnarlo colle espressioni della più sentita amicizia e di congratularmi delle utili modificazioni qui introdotte nella cura della tigna, alle quali la sua proposta fu occasione e stimolo.

Ma se io sono dispensato dal rispondere al prof. *Pignacca*, sento di essere debitore al pubblico di una risposta alla di lui lettera, ed è per questo che dopo aver informato il corpo sanitario in una seduta mensuale del lavoro della Commissione, mi affretto di pubblicarlo integralmente col mezzo degli « Annali universali di medicina » che pongono tanto studio a raccogliere ogni risultamento pratico del nostro grande Ospedale.

Dott. *A. Verga*
Direttore dell'Osp. Magg. di Milano.

Per invito della onorevole Direzione del 27 dicembre 1857, il sig. dott. *V. Verri*, in concorso dei signori dot-

tori *Lamberti* e *Giuseppe Polli*, presa in considerazione la lettera del prof. *A. Pignacca* inserita nella « Gazz. med. lombarda » del 28 dicembre 1857, N.° 52 (*Ann. Univ. di Med.*, *vol.* 163, *Anno* 1858), e visto lo spoglio degli atti relativi alla cura dei tignosi affidati negli anni 1832 e 33 al benemerito dottor *Sormani*, da cui non emerse aver egli esperimentato i mezzi suggeriti dal prof. *Pignacca*, si occupò di far scelta di sei tignose, alcune delle quali aventi il capo coperto di croste favose ed altre con sola qualche crosta di *favus*, perchè l'esperimento potesse mostrare la sua prestanza sopra gradi diversi del male. Le suddette tignose vennero esaminate da tutti i membri della Commissione per la determinazione della vera natura favosa delle croste, prima di procedere alla cura suggerita e che si è voluto fedelmente seguire in ogni sua parte.

La prima tignosa d'anni 18 (Ceriotti Teresa, di Bienate) da nove anni portava delle croste di *favus* sul capo in tal numero e dimensione da coprirlo pressochè tutto e da aver prodotto già un certo grado di alopecia. — Il 2 gennajo 1858, riconosciuta affetta di tigna favosa, si procedette tosto alla cura preparatoria, prima con i cataplasmi emollienti, poi colla rasura dei capelli, per passare in seguito alle lozioni del capo due volte al giorno colla soluzione di tre grani di sublimato corrosivo in una libbra di acqua distillata, ungendolo poi di grasso la sera. Il 10 si manifestarono delle piccole pustole sparse sul capo, che però non impedirono la continuazione della cura. Il 30 si convenne di passare alla prima depilazione, colle pinzette, dei capelli che già erano cresciuti e di continuare dopo la depilazione colle lavature di sublimato. L'8 febbrajo si principiò l'uso della pomata di acetato di rame a 15 grani in un'oncia di grasso, applicata due volte al giorno, e preceduta giornalmente dalla lavatura di acqua saponata.

Il 15 febbrajo si rinnovò la depilazione colle pinzette,

che durò fino al 23 dello stesso mese e si tornò alla suddetta applicazione della pomata di acetato di rame.

Il 12 marzo (due mesi e 10 giorni dal principio della cura), si sospese ogni applicazione per lasciar tempo alla crescita dei capelli.

Il 12 aprile all'esame fatto dalla Commissione si trovò che la radice dei capelli era ancora ingrossata e biancastra e che la cute del capo era qua e là rossa e pustolosa, sì che venne dichiarata migliorata dalla cura, ma non guarita.

Il 13 aprile fu dimessa ad inchiesta della famiglia della malata.

NB. La suddetta recatasi due mesi dopo dal sig. dott. *Verri* colle traccie della tigna che andava riproducendosi, fu dal medesimo consigliata all'uso della pomata composta di grasso e tintura jodica di *Lugol.*

La seconda tignosa, sorella della precedente (Ceriotti Maria, d'anni 13) non portava che quattro croste elevate di *favus* alla parte posteriore e laterale sinistra del capo, da tre anni. Come nel caso antecedente, non era stata praticata alcuna cura a domicilio.

Il 2 gennajo 1858, riconosciuta dalla Commissione affetta di tigna favosa, fu immantinenti sottoposta alla cura in discorso.

Il 12 marzo si è desistito dalla cura già condotta al suo termine, ed il 12 aprile si trovò in consulto che i capelli erano alterati alla loro radice, e la cute si mostrava scabra, rosseggiante e sparsa di pustolette, tanto da non la si avere per guarita. — Questa pure fu dimessa il 13 per urgenze di famiglia.

La terza tignosa (Malnati Caterina, d'anni 11, di Milano) era stata curata in questa stessa infermeria colla pomata di *Biett*, due anni prima, e ne era stata dimessa non guarita per sopraggiunta eruzione vajuolosa. Superato il vajuolo, fu dai parenti sottoposta a cure incomplete. Il 30 gen-

najo 1858 si riconosce in consulto affetta da tigna favosa abbastanza estesa, e si cura col metodo del dott. *Bazin* suggerito dal prof. *Pignacca.*

Notasi che in questo caso ogni depilazione a mano costò non meno di otto ore di tempo.

Il giorno 19 aprile (più di due mesi e mezzo di cura), la radice dei capelli è ancora spugnosa, grossa e bianca, i tessuti del capo sono rosseggianti. Desistito dalla cura fino al 20 maggio, si trova che il *favus* riappare coi suoi calicetti gialli. Il 21 si passa alla cura ordinaria colle pennellature di tintura jodica caustica di *Lugol* e coi cappelletti depilatorii. Dopo 4 cappelletti e 20 pennellature jodiche, la si dimette guarita il 14 giugno 1858, a capo di 4 mesi e mezzo di cura.

Il quarto esperimento cadde sopra la bambina Barzaghi Gerolama, d'anni uno e mezzo, nativa di Macherio. La tigna favosa data dall'allattamento, che venne istituito nel L. P. di S. Caterina. Nessuno della famiglia è tignoso. Il 16 febbrajo 1858, riconosciuta l'indole favosa della tigna dai signori Consulenti, la si ritiene idonea per l'esperimento *Pignacca.* Le croste occupano quasi tutto il vertice del capo.

Il 19 aprile (più di due mesi di cura), i capelli sono tuttora infetti e la cute del capo appare rossa in varii punti.

Il 10 maggio, presa dal vajuolo, viene trasferita nell'apposito comparto e rientra il 1.° giugno con tutti i segni della riproduzione della tigna, riscontrati il giorno 2 anche dal sig. Direttore *Verga* ed il giorno 4 dai signori dottori Consulenti.

Il 5 giugno si dà mano ai cappelletti adesivi ed alle pennellature jodiche praticate due volte al giorno per gli otto giorni che seguono alle depilazioni.

Il 12 luglio i capelli sono sani e la cute del capo in istato normale. Il 18, dopo alcune unzioni colla pomata di

Alibert mista alla tintura di *Lugol*, la si dimette guarita. (Cura di quasi cinque mesi).

La quinta tignosa (Nespoli Rachele, d'anni 9, di Milano), entrata il 17 maggio 1858, era da un anno affetta di tigna favosa. Traccie evidenti di rachitide — nessuna contezza dello stato dei parenti.

Il 20 maggio, riconosciuto il favo, si procede tosto all'esperimento. Le due depilazioni richiesero ben 10 ore di tempo, divise in otto giorni.

L'11 agosto, terminato l'esperimento, la si tiene in osservazione per un mese e dieci giorni, a capo dei quali, riscontrati ancora alterati i capelli, si fa ricorso alla cura jodica, ed il 4 ottobre si passa ad una terza depilazione a mano, continuando colla pomata di grasso mista alla tintura jodica.

Il 18 ottobre le radici dei capelli si mostrano sani e l'ammalata vien dimessa il 30 dopo 5 mesi di cura.

Il sesto ed ultimo esperimento fu fatto sul bambino Pulici Angelo, d'anni 4, del distretto di Carate.

Il caso è assai leggiero. — Da pochi mesi presenta alcune piccole croste di favo. — Una sorella a casa è tignosa.

Il 27 maggio, dopo il consulto, si passa all'esperimento che viene compiuto l'11 agosto:

Il 21 settembre si trovano tuttora lese le radici dei capelli, per cui, anzichè dimetterlo, si crede di doverlo sottoporre alla cura jodica.

Il 6 ottobre non si trova che a stento qualche capello alterato.

Il 12 è dimesso guarito.

Dai quali fatti succintamente esposti risulta come corollario generale, che mediante la cura proposta da *Gerolamo Mercuriale*, *Bazin* e *Pignacca*, non si è potuto ottenere, almeno nei nostri sei casi, una sola vera guarigione della tigna favosa; che il miglioramento osservato in talun caso e

forse tutto dovuto alla sola depilazione, non fu costante, nè tale da impedire la recidiva; che questa recidiva apparve in due casi manifestissima colla riproduzione del *favus*, e negli altri colla persistenza dell'alterazione delle radici dei capelli e del rossore cutaneo a chiazze, e finalmente che si dovette tornare in tutti i casi al metodo introdotto dal sig. dott. *Verri*, dell'applicazione della tintura caustica di jodio, per ottenere il risanamento della cute e della radice dei capelli, e per poter conscienziosamente rimandare gli ammalati ai loro Comuni come realmente guariti.

Quanto alla durata della depilazione colle pinzette, fu anche abbastanza breve in qualche caso; ma in altri fu trovata assai lunga e difficile, soprattutto per l'indocilità dei malati in età ancor tenera. È però a notarsi che l'abilità manuale e la pazienza delle infermiere crebbe all'esercizio, e che al presente, introdotto come metodo generale l'uso della depilazione a mano, si è potuto vederla compiuta anche da un giorno all'altro.

La cute del capo, che sotto le applicazioni jodiche si fa liscia e secca, diventa spesso eritematosa e seminata di pustole colla soluzione di sublimato.

Dunque il metodo sperimentato non riuscì a vincere la malattia e non fu esente da qualche inconveniente accessorio. Dobbiamo tuttavia saper buon grado all'esimio professore *Pignacca*, che la morte ci ha non ha guari rapito con nostro grande cordoglio, di aver iniziata fra di noi la depilazione a mano colle pinzette, dimostrandoci come non solo riesca essa possibile anche in un grande ospedale, ma ancora torni abbastanza facile e pronta, tanto da poter essere sostituita al comune metodo depilatorio istituito con i cappelletti resinosi.

Dottori *Carlo Lamberti*. — *Giuseppe Polli*. — *Francesco Verri*. — *Angelo Dubini*, relatore.

Della bronco-pneumonia fibrinosa; *del dott.* **LUIGI GALASSI**, *professore di medicina teorico-pratica nella Sapienza di Roma.*

Non è a mia notizia che alcuno scrittore italiano abbia finora richiamata l'attenzione dei pratici su questa specie morbosa, quanto rara nei tempi ordinarii, altrettanto frequente nel corso di alcune epidemie catarrali. Se questa malattia non fu affatto ignota a qualche medico dei secoli scorsi, certamente da questi non se n'ebbe un'idea abbastanza esatta, mentre più distintamente qualche scrittore straniero ne ha parlato ai nostri giorni. Infatti prima in Germania, seguendo il *Remak*, fu conosciuta sotto il nome di *bronchite fibrinosa*, e due anni or sono in Francia il dott. *Prospero Gadiot* in una apposita dissertazione combattendo le idee del *Remak*, cercava di dimostrare essere piuttosto una vera *pneumonite* con essudato fibrino-albuminoso.

Io ebbi occasione di osservare questa malattia per la prima volta l'autunno del 1843 nell'ospedale di S. Spirito in Sassia, dove allora esercitava come medico assistente. Fu ciò in una influenza diffusissima di *grippe*, e siccome i casi di quel genere si ripeterono in gran numero, potei studiarla in grande e distinguerla da tutte le altre specie morbose. Ma non avendo fino a quel punto nulla ritrovato negli autori di simile a ciò che io aveva osservato, fu in allora mia opinione che si dovesse questa riguardare come cosa del tutto propria e speciale del genio di quella epidemia, da non ripetersi più forse in mille anni. E questo fu il motivo che mi trattenne in quell'epoca dal rendere pubbliche le mie osservazioni. Ma in seguito essendomisi presentato qualche caso sporadico del tutto simile a quelli da me veduti in quella epidemia, ed oltre a ciò più ampii studii avendomi fatto conoscere che questa malattia era stata anche da altri ed osservata e descritta, mi sono creduto in

obbligo di cessare dal silenzio, pubblicando i risultati delle mie cliniche osservazioni intorno ad essa, e ciò tanto più ch' io fui abbastanza felice da ritrovare un rimedio semplicissimo e di effetto pronto e sicuro per vincerla, mentre trattata coi metodi ordinarii, o abbandonata a sè stessa, riesciva micidiale.

Essendo trascorsa la seconda metà della primavera dell'anno 1843 e tutta l' estate senza pioggie e con moderati calori, l'estiva stagione riescì favorevolissima alla salute, e quello che è più maraviglioso, le febbri periodiche che presso di noi cominciano a regnare al principio di luglio, e che negli anni antecedenti erano state frequentissime e molto gravi, mancarono affatto in quell' anno; talchè con raro esempio in quel venerabile archiospedale si pervenne all' equinozio di autunno con i soli quattro quartieri ordinarii, nèi quali anche erano scarsi gl' infermi.

Ma improvvisamente sotto l'equinozio un vento freddissimo ed impetuoso soffiò da borea per intiere 24 ore; e questo fu segnale di una epidemia di *grippe* la quale si estese, come molti possono ricordare, lungo la penisola. I rari infermi che erano nell'ospedale, o cronici o convalescenti di varie malattie, il giorno appresso tossivano tutti e pochi furono che in Roma non venissero attaccati dal catarro epidemico. Sarebbe certamente fuori di luogo il descrivere qui minutamente tale epidemia, di cui allora altri trattarono, e che fu sotto ogni aspetto simile a tante altre già da tanti autori e tante volte descritte. Dirò solo che mentre questa, quantunque generalissima, si mostrava mite specialmente negli abitatori della città che non la trascurassero al suo nascere, secondo la natura dei morbi veramente epidemici infieriva a tutta possa tra gli abitatori delle campagne, dei quali in pochi giorni si riempiva l' ospedale, ed ogni dì ne periva gran numero.

Quando la malattia veniva ad aggravarsi, non si ravvisavano più in essa i sintomi di una semplice affezione

catarrale, ma quelli invece di acutissima e flogistica malattia di petto.

In tal caso si notarono due ben differenti stadii.

Il primo era distinto dai seguenti sintomi: febbre continua di varia intensità con polso frequente, ma per solito molle, affanno e senso di oppressione in mezzo al petto, tosse alcune volte rara, altre volte frequente ed impetuosa con escreato scarso, vischioso, rare volte sanguigno; dolore che prima di fissarsi o a dritta o a sinistra, oscillava quasi per alcun tempo tra la clavicola e la mammella, oscurità di suono dalla stessa parte, sebbene non perfetta, e, piuttosto che vera crepitazione, rantolo sotto-crepitante; il sangue estratto aveva manifestissima cotenna. Quando i sintomi del primo stadio cedevano all'ordinario metodo antiflogistico, andavano mano mano mitigandosi e specialmente la febbre, ed al 5.° o al più al 7.° giorno lo si vedeva col sudore risolversi totalmente. Ma non così avveniva nei casi più gravi. In essi, tra il 2.° e il 3.° giorno, raramente più tardi, apparivano i sintomi proprii del 2.° stadio, che per quanto mi venne fatto di osservare, terminava inevitabilmente colla morte.

Nel secondo stadio scemavano ed anche cessavano affatto il dolore e l'escreato, ma cresceva a dismisura la difficoltà del respiro, i polsi si rendevano piccoli, frequentissimi e vermicolari, la pelle asciutta, l'estremità fredde, la faccia tumida, livida ed alcune volte cianotica, con gli occhi denotanti lo spavento ed una ambascìa mortale, finchè sopraggiungeva la morte in mezzo ai sintomi di vera asfissia. L'unica notabile differenza consisteva in ciò che in alcuni la rapidità di questo stadio era tanta, che in meno di un giorno, in poche ore, si compieva, mentre in altri il passaggio dal primo al secondo stadio si faceva gradatamente e quasi insensibilmente, e così quest'ultimo lentamente progredendo si vedeva durare fino ai tre, quattro ed anche più giorni.

Tale era l'aspetto di questa terribile malattia, contro la quale si consumavano inutilmente, quando fosse giunta al secondo stadio, tutte le risorse dell'arte. In fatti il metodo antiflogistico che, come ho detto di sopra, applicato moderatamente al primo stadio, riesciva di molta utilità nei casi miti, nei più gravi palesava un effetto diametralmente opposto, perchè se dopo aver praticati due o tre salassi nel primo e secondo giorno (che in quello bastavano a disporre la malattia alla soluzione), si persisteva nelle sottrazioni, veniva l' infermo precipitato nel secondo stadio e ad ogni nuova cacciata di sangue si vedeva aumentare la difficoltà di respiro fino a divenire affatto impossibile. E qui si avverta che la persistenza di una spessa e tenace cotenna, la quale mai si vedeva mancare, non che la gravezza dei nuovi sintomi, autorizzavano la maggior parte dei curanti a continuare nell' uso delle sanguigne.

Gli altri mezzi che solevano associarsi alle sanguigne, o che separatamente si usavano, come è ben naturale, erano i vescicanti, il tartaro stibiato, l' oppio, gli antispasmodici e principalmente l'assafetida e la canfora, che mi ricordo di aver adoperato senza alcun profitto.

Devo, per vero dire, confessare, che da tutto ciò che andava osservando in questa malattia, era in me nato il seguente concetto intorno alla sua natura: che, cioè, allo stadio primo di natura flogistica subentrasse per un genio tutto proprio di quella epidemia uno stato convulsivo e spasmodico nelle ultime estremità dei bronchi, e nelle vescichette polmonali, le quali stringendosi e chiudendosi, rendessero impossibile l' esercizio della respirazione.

A questa cagione credetti che dovesse attribuirsi l' evidente danno degli ulteriori salassi, per questa credetti di dover tentare l'oppio e gli antispasmodici, sebbene mi dovessi accorgere che tali mezzi niuna presa avevano sopra di essa.

Aveva pur ripetute volte sezionati i cadaveri, ma niun profitto ne potei ricavare. Imperciocchè il polmone, ora da un lato solo, ora anche da ambedue era voluminoso e pesante e turgido di sangue come negli asfittici, in alcuna porzione più o meno estesa era pure reso meno crepitante o del tutto impervio all'aria, ma non mi venne fatto di riscontrare che accidentalmente in qualche caso, o per piccole porzioni, i caratteri della vera epatizzazione. Invece aperti i bronchi fino verso le loro estremità, più volte le osservai ripiene di concrezioni polipiformi di sostanza fibrinosa, che rendevano impervia all'aria quella parte del parenchima polmonale. Ma chi poteva dirmi allora se questa era la vera causa della asfissia, per la quale soccombevano gl'infermi, o non piuttosto la conseguenza della violenta agonia, che ne precedeva la morte? In alcuni casi riscontrai anche la mucosa bronchiale, almeno nelle più grandi diramazioni, rossastra e con le altre alterazioni proprie della bronchite.

In mezzo a tutto ciò ripetevansi ogni dì numerose vittime ed io non poteva negar fede ai miei propri occhi, riguardo al danno manifesto che veniva dalla ripetizione dei salassi ed al niun vantaggio che si otteneva dagli altri rimedi. Standomi sempre fissa in capo l'idea che l'asfissia nascesse dalla costrizione spasmodica delle vescichette polmonali e delle estremità bronchiali, andava ricercando, e nella mia mente, e nelle opere degli antichi e moderni autori, un qualche mezzo capace di vincere siffatta condizione morbosa. Scorgendo un giorno nel mio quartiere tre infermi versanti in sì terribile stato, quasi in preda a certa morte, mi posi a consultare parecchi autori di pratica medica intorno alla cura delle malattie acute di petto, ed essendomi abbattuto nelle parole « cucurbitulae scarificatae » mi parve che questo mezzo dovesse essere tentato, come atto a recar sollievo ai pericolanti infermi. Disceso nell'ospedale, feci a ciascun paziente applicare da tre a quattro

coppette scarificate intorno al luogo dove prima avevano accusato il dolore, e con grandissima sorpresa al mio ritorno presso di loro ne trovai lo stato completamente cangiato. La respirazione era divenuta libera, la faccia si era ricomposta e lo sguardo reso sereno e tranquillo, la cute bagnata di sudore con calore naturale, ed i polsi larghi e sciolti non avevano più che pochissima frequenza.

In questi primi pazienti null' altro potei rilevare all' infuori di siffatte mutazioni, che lo stesso infermo pieno di allegrezza in parte mi annunciava. Ma nei giorni successivi, avendo avuto occasione di ripetere lo stesso mezzo, sebbene l'epidemia già inclinasse al suo termine, sopra altri quattordici infermi, e sempre con lo stesso prontissimo effetto, riscontrai che parecchi di essi dopo l' applicazione delle coppe sotto alcuni insulti di tosse avevano reso delle concrezioni cilindriche e ramificate, in parte bianco-grigiastre, in parte anche di color di sangue fosco, le quali esaminate attentamente in due casi, riconobbi essere identiche a quelle che nelle sezioni cadaveriche aveva ritrovate. Allora mi fu aperta la natura della causa che conduceva questi infermi alla morte.

Ho voluto riferire tali cose così come avvennero, per non appropriarmi alcuna parte di merito altrui, e perchè acquistando da ciò più fede le mie parole presso i pratici, s' inducano in casi simili ad applicare questo mezzo, che non mancherà certamente di efficacia, quando sia opportunamente adoperato.

Fu nell' inverno del 1849 che per la prima volta cominciai a sospettare che i casi di tal natura potessero essere meno rari di quanto io lo aveva fino allora creduto. Da qualche anno assisteva una povera donna, la quale nello stato nubile era giunta circa ai 40 anni, cagionevolissima di salute fin dalla infanzia. Infatti dotata di temperamento linfatico e diatesi scrofolosa, aveva sofferto in quell' età un tumor bianco al piede sinistro, che l' aveva resa storpia. Essa,

dopo avere offerto per tre giorni i sintomi peri-pneumonici, appresso al terzo salasso fatto nella sera del terzo giorno, fu presa nella notte dai sintomi proprii del secondo stadio della malattia sopra descritta. Sicchè la mattina fu da me ritrovata in uno stato spaventevole, ma sovvenendomi all' istante di ciò che avevo osservato nella epidemia del 1843, con tre coppe scarificate applicate sullo sterno (per evitare la mammella), mi riuscì di liberarla prontamente.

In fatti poco dopo questa applicazione, suscitatasi la tosse, espulse tre concrezioni simili a prima vista a tre grosse sanguisughe turgide di sangue, le quali poi bene esaminate riconobbi essere ramificate a somiglianza de' bronchi, e di sostanze fibrino-albuminosa. La stessa malattia due anni appresso viddi in un cuoco di molto gracile complessione, che risanai cogli stessi mezzi.

Quanto alla natura della affezione in discorso, tutti riconoscono essere in principio una infiammazione che ha sede al termine dei bronchi e nelle vescichette polmonali. Il *Remak* ha cercato di dimostrare che la sede primitiva della infiammazione è nello strato epiteliale delle vescichette e delle ultime diramazioni bronchiali. Ed il dott. *Gadiot* sostiene che dessa ha principio nelle vescichette polmonali soltanto, avendo egli trovata esente d'alterazione la mucosa dei bronchi ostrutti dal trasudamento plastico. Da ciò deriva la differente denominazione di bronchite, datale dal primo, e di pneumonite, dal secondo. Ciascuno per sè stesso può valutare di quale importanza pratica sia la questione ridotta a questi termini, rispetto alla cognizione della malattia ed alla sua cura. Alieno dalla pretesa di scendere su questo terreno e d'interporre il mio giudizio, dirò solo che non mi fu dato di avere fra le mani la dissertazione originale del sig. dott. *Gadiot*, ma che leggendone un estratto nella *Gazette des Hôpitaux* di Parigi del 26 luglio 1855, rimasi meravigliato nello scorgere descritta come propria di questa malattia l'e-

patizzazione nei differenti suoi gradi, mentre nelle mie osservazioni non mi riescì di riscontrarla a rigor di termini come carattere anatomico della malattia. Il parenchima del polmone, quantunque in parte reso impervio all' aria e non più crepitante alla pressione, nè pel suo colorito, nè pella sua consistenza e compattezza e friabilità, era punto somigliante all'epatizzato. E chi per vero potrebbe indursi a credere che in una malattia, nella quale l'applicazione di alcune coppe scarificate produce quel cambiamento da noi descritto, abbia avuto luogo una vera epatizzazione? Quante volte in appresso, vedutane la efficacia grandissima nella bronco-pneumonia fibrinosa, non le feci applicare in gravissime peripneumonie, senza poterne trarre il minimo vantaggio? E poi, se la maggior parte degli infermi muojono, come io viddi, e lo stesso dott. *Gadiot* asserisce, nel 4.° o 5.° giorno, come vi sarebbe stato il tempo necessario alla produzione perfino della epatizzazione grigia, che pur tuttavia egli non tralascia di descriverci minutamente come da lui osservata? Queste riflessioni mi rendevano grandemente perplesso, imperciocchè, mentre da tutto l'articolo accennato io non poteva dubitare che il dottor *Gadiot* avesse parlato di quella stessa malattia da me osservata e studiata (1), ciò ch' egli dice

---

(1) A meglio persuaderne il lettore, riferirò ciò ch'egli dice intorno alle cause. — La pneumonie fibrineuse se montre à tous les âges de la vie: elle attaque de préférence les sujets affaiblis, epuisés par des maladies longues ou par une mauvaise alimentation.... On ne peut saisir l'action d'aucune autre cause. Cette maladie n'est pas contagieuse, mais parait pouvoir régner épidémiquement, come le prouvent une observation de *Morgagni* recueillie en 1738 et des faits publiés por *Nonat* en 1837, époque à laquelle une épidémie de ce genre regna à l'Hôtel-Dieu de Paris en même temps qu'une épidémie de *grippe*. — L'osservazione del *Morgagni* che è nella 21.ª lett., § 26, a me pare che senza alcun fondamento si citi a tal proposito.

della epatizzazione del polmone mi avrebbe fatto credere trattarsi piuttosto di malattie differentissime tra loro. A conciliare tali contraddizioni immaginai che il sig. *Gadiot*, il quale ebbe occasione di osservare nella clinica del professor *Schutzenberger* di Strasburgo qualche caso sporadico di questa malattia (poichè egli non dice di aver assistito a veruna epidemia), non avesse potuto ripeterne del pari le sezioni cadaveriche, e ciò tanto più perchè, come egli afferma, dal ch. professore di quella clinica si conosceva un metodo molto efficace per debellarla. Non potrebbe infatti essere avvenuto che la sezione del sig. *Gadiot* cadesse sopra un caso di vera pneumonite complicata da trasudamento fibrinoso in alcuna parte delle estremità bronchiali, in modo da rivestire verso la terminazione i caratteri proprj del secondo stadio della malattia di cui trattiamo? Io sono ben lontano dal riguardare come impossibile questa complicazione. Imperciocchè da un attento esame istituito intorno ai varii casi registrati nella storia medica, nei quali ebbe luogo la formazione delle concrezioni fibrinose nelle cavità bronchiali, risulta chiaramente essere stata questa piuttosto una accidentalità sopravvenuta in differenti malattie, che un effetto necessario dell' indole di una malattia speciale, quale apparve essere veramente nei casi da me sopra descritti. Posso in prova di ciò citare due esempi. Il primo è nell' epistola 21.ª del *Morgagni*, all'art. 19, dove tra gli altri sintomi della malattia pone: « Sputa crassa in iisque *albæ particulæ* quasi *polyposæ* » ed alla sezione del cadavere si trovò che « sinistri pulmonis superior lobus nihil habuit vitii .... at inferior gravis, rubens, durus substantiam omnem suam in hepaticam similitudinem mutatam ostendit ». — Nell' art.º seguente con la solita sua erudizione fa menzione di altri casi simili da lui stesso osservati o descritti da altri autori. È molto a proposito che questo intiero paragrafo, che non trascrivo per la sua lunghezza, sia letto in questa occasione, perchè vi apparisce manifestamente

che le concrezioni ch'egli chiama polipose e le quali certamente furono, se non tutte (1), almeno alcune, di sostanza fibrino-albuminosa, si possono formare nelle diramazioni bronchiali in varii generi di malattie acute e croniche.

L'altro è notato nella relazione fatta dai medici dell'Hôtel-Dieu di Nantes di una epidemia di bronchite capillare da essi osservata nel 1840-41. Nella pagina 111 vi si legge: « On rencontra même à l'autopsie d'un malade mort au N.° 12 de la Salle 16 une matière épaisse d'apparence fibrineuse ocupant les petites bronches, élastique et assez consistente pour pouvoir étre allongée et tirée de la cavité bronchique au moyen de pinces ». Si noti che questo caso fu unico in tutta quella epidemia, nella quale altresì furono comunissime le produzioni di specie *difterica* in tutte le vie percorse dall' aria.

A tutto ciò si potrebbe rispondere che il sig. *Gadiot* dà una spiegazione sulla formazione dell'epatizzazione rossa e grigia in questa specie di malattia, che non sarebbe applicabile alla epatizzazione della pneumonite ordinaria. Sia pur ciò; chi potrà credere che da processi morbosi differenti nella intimità degli organi siano per nascere alterazioni identiche nell'apparenza?

Poste queste cose, è tempo oramai di dichiarare quali siano, a mio giudizio, le conclusioni che si possono trarre dalla ossservazione complessiva dei fenomeni di questa malattia. Le sottometto al giudizio dei pratici, perchè siano da essi confermate o rejette, al controllo della esperienza.

Nella maggior parte degli infermi di malattia flogistice degli organi della respirazione, da me esaminati in quella epidemia, trovo che i semplici sintomi catarrali ne avevano

---

(1) Si devono infatti, come a ragione fa il sig. *Gadiot*, da queste distinguere le vere false membrane, ossia le produzioni oggi chiamate *difteriche*.

precorso di qualche giorno l'invasione, qualunque ne fosse il grado e la intensità. Epperò sembra non potersi prescindere, trattandosi della sua genesi, almeno quando si mostra epidemica, dalla preesistenza della affezione della mucosa bronchiale; la quale, sebbene possa scomparire e non lasciare più traccia di sè all' epoca della morte, effetto di una più grave malattia consecutiva, non per questo dovrebbe essere negata e potrebbe aver meno influito alla produzione della intiera malattia. In fatti chi non sa che un attivo e profondo processo morboso può dissiparne altro più superficiale e meno consistente, sebbene quello da questo abbia derivata l' origine? Cosi constatato il principio della malattia, si dovrâ credere col *Remak* che anche in appresso continui ad essere della stessa natura e non differisca che nel grado? Considerando che la febbre non è remittente, ma continua ed intensa; che i sintomi del petto in prima generali, si circoscrivono più o meno, mi sembra non si possa più mettere in dubbio l' esistenza di un processo flogistico più intimo e profondo nel parenchima polmonale, di una vera peripneumonia.

Ma perchè questo processo in tal caso non si stabilisce come nella pneumonite ordinaria e non passa agli ulteriori suoi stadii, nei quali appunto ha luogo la vera e reale epatizzazione del viscere? A mio credere, ciò accade appunto per quell'avvenimento che rende micidiale siffatta malattia. Ed in vero, non si ammette da tutti e non è egli pienamente dimostrato, consistere questo in un particolare trasudamento e in una morbosa secrezione ed effusione dai capillari delle ultime estremità bronchiali e delle vescichette polmonali della sostanza fibro-albuminosa del sangue nella loro cavità? Ora per la notissima legge della derivazione, verrà in tal caso impedita qualsiasi secrezione di linfa plastica negli interstizii cellulari situati fuori dei ricettacoli aerei, e di conseguenza anche il solito ulteriore progresso dello stesso processo infiammativo, che appunto consiste in questo

trasudamento medesimo. In tal guisa viene chiaramente spiegato come un mezzo il quale abbia il potere, tanto di distornare l'impeto delle correnti capillari dalla parte verso la quale tendevano, quanto di produrre una forzata dilatazione dei vasi aerei del polmone, in virtù della quale vengono di nuovo penetrati dall'aria, sia capace di troncare sull'istante tutta la malattia, la qual cosa riescirebbe del tutto impossibile, se l'epatizzazione avesse realmente avuto luogo.

Più oscura a riscontrarsi è la cagione per la quale questo trasudamento di linfa plastica in simili casi avviene piuttosto nella cavità dei vasi aerei, che non negli interstizii cellulari, siccome succede nelle infiammazioni ordinarie. A me sembra che ciò non da altra causa possa dipendere, che da una condizione speciale dello strato epiteliale della mucosa dei vasi aerei, per la quale opponendo questo minor resistenza al sangue circolante nei capillari, gli permetta di abbandonare attraverso sè stesso quella parte che nel processo infiammativo è naturalmente disposta ad escire.

Ma in virtù di quali cause si genera questa special condizione? Due ipotesi probabili di ciò possono farsi: la prima è che l'affezione catarrale epidemica, invadendo rapidamente tutta la mucosa percorsa dall'aria, l'alteri e la modifichi in quel modo; ma questa spiegazione non potrebbe valere pei casi sporadici: l'altra che già precedentemente sia questa in una condizione speciale per l'azione di quelle cause e circostanze tutte eccezionali le quali producono le vere epidemie catarrali, o uno stato analogo individuale.

Imperciocchè senza dubbio è necessario distinguere le affezioni catarrali che regnano comunemente per la prevalenza del freddo e dell'umido, sia nell'inverno sia nella primavera e nell' autunno, e qualche volta eziandio nell' intiero anno, dalle affezioni a sintomi egualmente catarrali, ma dotate certamente di un' indole lor propria, perchè repentinamente per lo più sopravvengono e comu

nemente si diffondono, non per l'azione di cause ordinarie, ma per una insolita mutazione nelle condizioni atmosferiche. In fatti nelle prime, salvo la maggiore o minore diffusione nelle moltitudini, nulla si osserva che esca fuori dell'andamento consueto di queste affezioni, anche quando sono sporadiche; mentre le seconde per solito rapidamente si estendono per vaste regioni, assumono sempre caratteri speciali, un genio particolare, ed una particolare gravezza. Parimenti quelle si vedono cedere ai metodi ordinarii di cura, queste per lo più con essi si aggravano e richiedono un trattamento appropriato. La quale distinzione si rende manifestissima nel paragonare l'epidemia sopra descritta, e le condizioni sotto le quali si svolse, con le numerosissime e diffusissime malattie catarrali e reumatiche che hanno regnato nel declinare del passato inverno. La mancanza totale delle pioggie sul finire della primavera ed in tutto il decorso della estate, esclude certamente qualunque parte all'azione della umidità, ed anche al freddo, come causa predisponente alla malattia. È perciò che l'organismo si trovava preparato a tutt'altro genere di affezioni che alle reumatico-catarrali. L'improvviso soffiare del vento impetuoso e freddo fu atto a risvegliarle, ma in tali disposizioni dell'organismo, non poteva non assumere un'indole specialissima.

E si rifletta che l'apparato organico che più doveva risentire la differente azione di quelle disparatissime cause, quali dapprima lungamente il caldo asciutto, poi rapidamente il freddo intenso, era appunto quel tessuto che è sottoposto continuamente ed immediatamente al contatto dell'aria, voglio dire la mucosa de' bronchi e delle vescichette del polmone. Al contrario nel passato anno fu manifestissima l'azione dell'umidità e del freddo nel predisporre le nostre macchine alle comunissime affezioni reumatico-catarrali. Imperciocchè l'autunno fu abbondantissimo di pioggia, come l'inverno fu freddissimo senza alcuna in-

terruzione, e le malattie di tal genere si presentarono con gli ordinarii sintomi denotanti la semplicità della loro indole, assunsero facilmente la natura francamente flogistica, e si vinsero anche facilmente con la cura antireumatica, od antiflogistica.

Ma si accettino o no queste spiegazioni, ciò che m'interessa di far rilevare soprattutto è l'efficacia curativa del mezzo indicato. La sola idea di poter giovare agli infermi di tanto micidiale malattia, mi mosse a segnalare finalmente la grande virtù di questo mezzo in siffatta contingenza. E ciò affermo anche contro la sentenza di *C. Celso*, il quale parlando del trar sangue con le coppe scarificate, conchiude con tali parole: « Cum eo tamen ut sciamus, hic ut nullum periculum ita levius praesidium esse: nec posse vehementi malo, nisi aeque vehemens auxilium succurrere ». (Med., l. II, c. 11). Che anzi mi sembra a questo proposito molto in acconcio il notare che l'efficacia dei rimedi non dipende sempre dalla loro energia, ma molto più dalla opportunità di loro applicazione, mentre vediamo continuamente nella pratica della medicina rendersi più gravi i mali sotto l'uso di potentissimi rimedi e quelli stessi poi cedere e dissiparsi prontamente coll'uso di mezzi semplicissimi, appunto per la loro semplicità disprezzati dal volgo.

Le coppe, in grande uso presso i medici antichi, erano cadute quasi nell'obblio presso di noi, mentre non mi ricordo che nella pratica regnante vi si ricorresse in altra circostanza, che per dissipare qualche ostinata lombaggine od altro persistente dolore nelle parti esteriori del corpo. Io posso assicurare che dall'epoca in cui potei valutare la loro virtù, le ho poste in uso in differenti malattie, e le ho sempre riconosciute efficacissime ogni qual volta si trattò di sgombrare congestioni sanguigne situate profondamente nelle interne cavità del corpo. Siccome non è affatto indifferente trar sangue, o dai grossi

tronchi venosi colla lancetta, o dalle vene capillari colle sanguisughe, così può sussistere una diversa indicazione per la sottrazione colle coppe. Si può stabilire in via di regola che quando i capillari congesti sono situati in luogo accessibile, si debbano preferire le sanguisughe, mentre al contrario debbano prescegliersi le coppe, quando questi stanno profondamente. Le quali pratiche illazioni ai giorni nostri già vanno diffondendosi per opera di molti insigni autori, mentre, come dissi, nei passati anni, erano quasi del tutto dimenticate.

Ritornando in fine al nostro proposito, non devo passare sotto silenzio che, a curare la malattia in discorso, il sig. dott. *Gadiot* ci fa conoscere siccome molto efficace un altro metodo appartenente all' illustre clinico di Strasburgo. Egli conviene con noi sulla utilità delle emissioni sanguigne nel solo primo stadio della malattia, ossia innanzi che sia avvenuto il trasudamento. Egualmente afferma inefficace il tartaro emetico nel secondo stadio, a meno che supponendosi l'esistenza d' una concrezione voluminosa, non si volesse tentarne l' espulsione con quel preparato, o col solfato di rame a dose emetica. Il metodo curativo da esso proposto consiste nella somministrazione dei preparati mercuriali, fra i quali preferisce il calomelano a dosi refratte, mentre il prof. *Schutzenberger* antepone le frizioni mercuriali avvalorate dall' uso interno del sublimato, perchè il sublimato è dotato di proprietà antiflogistiche più forti del calomelano, e non produce tanto facilmente la stomatite e la gangrena della bocca. Si asserisce che in più casi di questa malattia ben constatata, due o tre frizioni con cinque grammi di unguento napolitano, e tre o quattro, e raramente cinque dosi di cinque milligrammi di sublimato cadauna, sono state sempre sufficienti a modificare favorevolmente e molto rapidamente i sintomi dipendenti dalla occlusione dei bronchi.

Io certamente sono ben lontano dal contrastare i sa-

lutari effetti della cura mercuriale in siffatta malattia, poichè non avendone esperienza propria, e venendo asseriti da uomini degni di tutta fiducia, il negarli sarebbe stoltezza; anzi mi rallegro nell' udire che la si possa combattere anche con altri mezzi. Ma chi non vorrà preferire, quando si abbiano alle mani i preparati mercuriali e le coppe da me proposte, ai primi quest' ultime, conoscendo ogni pratico che dall' applicazione sul torace di due, tre o quattro coppe scarificate, meno un poco di molestia durante l'operazione, niun danno ne deriva all'infermo, mentre al contrario dai mercuriali, ogni volta si debbano usare con qualche energia, si hanno a temere se non altro gravi molestie? E poi in una malattia, la quale molte volte quando si giunge a diagnosticarla (non essendo certamente cosa facile, specialmente quando sporadica, il distinguerla nel suo primo stadio), lascia poche ore di vita, saremo noi sicuri di giungere sempre in tempo con la cura mercuriale, per la quale almeno è necessario un giorno intiero o 36 ore di tempo? E se questi mezzi per più sicurezza vengono da noi applicati nel 1.° stadio, saremo noi certi trattarsi della malattia in discorso? Ed ancorchè non si potesse dubitare dell' indole della malattia, come forse avverrebbe in tempo di epidemia, quando questi mezzi fossero applicati nel primo stadio, come potremmo conoscere se gli effetti salutari si debbono al mercurio, o agli altri mezzi, specialmente alle sanguigne praticate in principio, le quali non si dovrebbero in alcun modo trascurare? Infatti noi abbiam detto che in molti casi e forse nel maggior numero mediante il metodo antiflogistico ordinario con una, due o al più tre cacciate di sangue, la malattia si riduceva a mitissima, nè più si aveva a temerne il passaggio al secondo stadio. Or bene, quanto alla efficacia delle coppe scarificate, chiunque ne farà uso in simile malattia, ed in ciò fa mestieri che non si prenda equivoco, non ne potrà in alcun modo dubitare: 1.° perchè l'opportunità della loro applicazione allora esiste quando l' indole vera della

malattia si discuopre col corteggio dei sintomi più gravi e più notabili; 2.° perchè, come si è detto di sopra, l'effetto loro non si deve attendere dopo alcun intervallo di tempo, ma rapidamente, anzi immediatamente succede alla loro applicazione.

Du Sommeil, des Rêves, *etc.* — **Del sonno, dei sogni e del sonnambulismo nello stato di salute e di malattia**; *del dottor* **M. MACARIO**, *direttore dell' Istituto idropatico di Serin presso Lione. Lione, 1858. Un vol. in-8.° di pag.* 306. (*Analisi bibliografica*).

A misura che si va procedendo nello studio dei fenomeni della vita, e che dall'esame delle funzioni organiche l'occhio dell'indagatore ardisce spingersi a quelle più nobili e più complicate della vita di relazione, quasi di necessità devono affacciarsi non poche quistioni in cui il dominio della fisiologia non essendo ben distinto da quello della metafisica, e potendo ciascuna evocarsele come di esclusiva spettanza, il medico ed il psicologo dovranno incontrarsi nelle loro speculazioni, e palesare non di rado colla discrepanza delle loro idee la differenza, non solo del punto di vista, ma ben anco dei processi di analisi da ciascheduno adottati. Per quanto in verità possa essere desiderabile il loro accordo reciproco onde procedere nello studio con passo sicuro e spedito, sono troppo distinte le serie dei fatti su cui spetta a ciascuno di esercitar la propria attenzione, per non riuscire diversi altresì i metodi dietro i quali dovrebbero venir osservati i fenomeni, ed ordinate le induzioni; l'una è esterna, interna l'altra; quella può essere osservata contemporaneamente da due individui, questa dall'individuo soltanto che ne è il subbietto; nell'una possiamo controllare

le ipotesi coll'esperienza e pesarne ad ogni istante il valore, nell'altra non ci rimane che riferirci alla coscienza individuale, di necessità mobilissima, e quindi sottoposta a tutte le influenze della immaginazione e del sentimento. Il fisiologo, abituato a riportare ogni funzione ad un dato organo, a ricercare in ciascuna funzione la causa eccitante e lo scopo finale, sa se non altro quello che vuole e che cerca, e può prevedere e segnare alle sue induzioni quel limite al di là del quale, nello stato attuale dello scibile, tutto è incertezza e mistero; il psicologo, potendo a suo beneplacito vagare pegli spazii sconfinati dell' astrazione, dovrà invece impegnarsi in ricerche sottili e curiose, ma sterili per la scienza positiva, ed agitare problemi di cui non sarà dato raggiungere una soluzione assoluta se non allora quando si riuscirà a precisare la parte che appartiene al principio spirituale, e quella che spetta all'involucro materiale, nelle operazioni dell'intelligenza e dei sensi, nelle determinazioni della volontà, nella direzione degli istinti. Da ciò ne segue naturalmente che ogni qual volta a noi avviene di imbatterci in libri in cui trapeli la pretesa di svolgere qualcuno dei quesiti che la coscienza umana si è posta da che esiste, e di cui andrà sempre cercando una soluzione senza mai forse raggiungerla, noi ci sentiamo in diritto di domandare all'Autore se egli intende ragionare e discutere come fisiologo ovvero quale psicologo. Se come psicologo, argomenti egli pure a sua posta, che certo non ispetta a noi il tarpargli le ali per tema delle vertigini, o trattenerlo nelle sue ardite metafore; se invece come fisiologo, allora possiamo pretendere da lui che metta il piombo ai calzari, che curvi il capo alle leggi severe dell'esperienza, che si adatti al linguaggio e alle massime comunemente adottate, e ci riterremo poi sempre nell' obbligo di giudicarlo dietro le norme che ci impone la ragione, altro noi non essendo come medici che gli interpreti fedeli della natura.

Non vi è forse pagina nella storia dell'umanità la qua-

le non possa fornirci esempii manifesti del metodo diverso seguìto nell' analisi dei fenomeni della vita a seconda del genio e delle tendenze degli osservatori; senza però andar tanto lungi ne troviamo una prova evidente nel modo con cui il naturalista ed il psicologo si fecero a studiare la parte che compete al sonno nell' economia animale, ad illustrarne la ragione causale e i fenomeni che lo accompagnano. Il primo, esaminate che abbia le funzioni tutte durante la veglia, altro non ha a fare che seguirne il corso anche nel sonno; osserva quale si faccia più pigra, quale più attiva, studia la forma esteriore ed il carattere apparente del sonno degli organi, investiga le circostanze che lo provocano e le influenze sì interne che esterne le quali sogliono favorirlo, nè va più in là della cerchia dei fatti entro cui gli è concesso la mercè dell' analogia e dell' osservazione ottenere una soluzione, se non assoluta, probabile almeno. Battendo una via diversa, ben altro è l' ordine di fenomeni e di potenze di cui appartiene al psicologo di investigare lo stato e l'azione. E valga il vero, egli comincia ad esaminare nel sonno le facoltà della mente, osserva se alcune di loro e quali e in qual grado continuino ad agire, domanda se il sonno sottragga proprio all' anima ogni pensiero, ogni sentimento, ogni attività, se diffonda contemporaneamente il suo impero sugli organi e sull'intelligenza, se si possa dare il sonno dello spirito come si dà il sonno dei sensi, se eserciti la sua azione sul primo sol dopo aver agito sui secondi, o viceversa, quale sia l'azione dello spirito e quale l'influsso degli organi nella produzione dei sogni, come il pensiero possa trasformarsi in sogno, e via via avviluppandosi in un ginepraio di problemi, da cui è impossibile poi il districarsi se non col sostituire le creazioni della propria fantasia agli argomenti della ragione, regalandoci ipotesi per assiomi, metafore per prove, e il tutto rivestendo coll'oro o l'orpello d'una astru-

sa fraseologia, che certo nulla avrà mai a che fare colla chiara e modesta venustà del linguaggio scientifico.

Il naturalista però non si fa a studiar l'uomo meramente a scopo di curiosità, sibbene allo scopo di aprirsi una via più sicura alla conoscenza delle alterazioni che la malattia suole indurre negli organi e nelle funzioni che ne dipendono, tanto più che il confronto dell'organismo sano coll'infermo deve senz'altro riverberare una luce più chiara sui fenomeni e sulle leggi della vita. Così, nello stato morboso, oltre all'essere l'insonnio uno dei precursori e dei sintomi più costanti, il sonno viene non di rado turbato da sogni, da fantasimi, da vaniloqui, da incubi, mentre al contrario in altri casi intelligenza, sensibilità, movimento, sembrano quasi aboliti, e l'individuo giace immerso in un sopore da cui parrebbe impossibile che si possa riscuotere; in tutti questi stati il medico, sempre colla scorta dell'osservazione, sarà in grado di avvicinarsi più o meno alla spiegazione di fenomeni i quali, spogliati di quanto potrebbero aver di mirabile, egli stesso giunge non di raro a provocare, promovendo date circostanze o propinando farmachi speciali. Di pari passo, anche la psicologia, dall'esame dei fenomeni normali del sonno, suole per lo più procedere alla disamina di certi altri stati in cui, come nel sonnambulismo e nella catalessi, l'anima sembra rapita in un mondo straniero al reale, in cui si direbbe che essa abbia rinunciato alle sue facoltà e siasi sottratta al governo delle leggi che ci reggono nello spazio e nel tempo, circostanze tutte che toccando al sopranaturale a bella prima si potrebbero credere refrattarie ai volgari processi dell'analisi. La ragione però non è usa ad esautorarsi così di buona grazia dei proprii diritti, nè a sostare incerta davanti a siffatti problemi; strappando i veli che ne aumentano il mistero, essa si fa ad esaminare se in queste condizioni, che di tanto pajono allontanarsi da quelle della salute e della veglia, siasi poi lo spirito veramente sottratto all'impero delle leggi ordinarie, se in lui si siano trasfuse

facoltà nuove ed occulte, se abbia rinunciato alle sue doti per elevarsi al di sopra dell'umanità, o per cadere invece più in basso. Queste ed altre quistioni sono un campo ben vasto aperto alle speculazioni del psicologo; che se il medico ardisce qualche volta mettervi guardingo il piede, egli nol fa che per ricordare come questi stati, ben altro che condizioni normali, siano condizioni affatto estranee e incompetenti colla salute del corpo e dello spirito, non da altro indotte che da un disordine più o men grave degli organi; per dimostrare come una applicazione rigorosa dei più semplici canoni della scienza valga quasi sempre a spiegare ed a riparare a siffatte deviazioni, ad indicare fin dove arrivi la realtà e dove cominci l'impostura, quali i frutti della menzogna, quali invece i fenomeni d'una organizzazione veramente malata. — Ecco dunque come i dominii delle due scienze siano distinti in maniera che ciascuna possa percorrerli senza invadersi reciprocamente, senza che l'una sia costretta ad adottare i metodi di investigazione dell'altra; potranno benissimo coadjuvarsi e trar profitto dagli argomenti speciali a ciascuna onde procedere più spedite alla scoperta del vero, non essendovi ramo alcuno dell'umano sapere il quale non valga a fecondare qualche altro; se è bene però che procedano di conserva, non è necessario per questo che abbiano ad amalgamarsi insieme, poichè dalla confusione che ne potrebbe nascere si finirebbe collo scambiare gli ufficii, e coll'adottare per l'una i processi e i postulati che costituiscono il fine ed il genio dell'altra. Il medico rimanga pur medico, il metafisico metafisico; ambidue lodevoli ove, deponendo qualsiasi pretesa all'infallibilità ed alla esclusività, procederanno di comune accordo e si andranno comunicando reciprocamente le loro idee nello studio di problemi che dovranno ancora per lunghi anni turbare i sogni dell'umanità.

Giova sperare che un esordio sì lungo varrà se non altro a risparmiarci un più lungo discorso sul libro del sig. *Macario*, sembrando a noi di aver già con sufficente chiarezza messo in

avvertenza il lettore degli scogli contro cui il nostro collega dovette rompere di necessità tosto che egli, medico e dirigendosi a medici, nell'analisi del sonno e dei suoi fenomeni preferì abbandonare il sentiero, tedioso sì, ma sicuro dell'osservazione, onde poter spaziare più liberamente pei floridi campi della fantasia, e correr dietro alle vaporose immagini dell' ontologismo. Così, parlando dei sogni, egli si ravvolge nelle più sottili speculazioni, onde mostrarci come nello stato di sogno il pensiero più non obbedisca alla volontà, come lo spirito diventi affatto passivo, come sia allora in balìa a quei fantasimi che la sciolta immaginazione va senza posa evocando, come venga rapito al di fuori di sè, sino a contemplare come estranee a sè medesimo le immagini che sono l'opera sua; tali immagini poi altro non essere che le idee concretate, materializzate; sognare e pensare non essere che le due faccie d'una medesima vita, due maniere di esistere d'una stessa essenza, l'anima non cessar mai d'agire: tutte proposizioni ingegnose, giuste in parte fors' anco, ma che non potrebbero mai venire elevate a una prova dimostrativa, mancandoci per questo il conoscimento della vera essenza dello spirito, delle sue facoltà e dei suoi precisi rapporti coll'organismo. Prima conseguenza di una simile intrusione nei domini della metafisica, dovette essere che il sig. *Macario*, in luogo di concentrare le sue meditazioni sui punti più direttamente legati allo studio dell'uomo sano e malato, amò meglio lasciarli in disparte o toccarli appena di volo. Così mentre egli si fece a sviluppare come il sonno sia tutt'altro che uno stato passivo degli organi, come soltanto le funzioni animali se ne stiano in riposo, mentre quelle nutritive acquistano al contrario un grado più elevato di attività, come esista un antagonismo fra le due funzioni, egli non si diede la più piccola briga di prendere in esame la ragione fisiologica di questo antagonismo, il perchè le une debbano avere un periodo di sosta, mentre pare che l'attività delle altre mai non si allenti, di studiare in somma la vera causa di questo bisogno di riposo

che è condizione suprema di tutti gli esseri animati. A che mò insistere sulla antitesi fra le due vite, mentre tutto accenna ai loro intimi rapporti anche nello stato di sonno, e concorre a mostrare la loro reciproca solidarietà, quando invece le nozioni più elementari della biologia gli avrebbero potuto fornire una ragione più che sufficiente di quella temporaria sospensione delle funzioni sensifere, che costituisce appunto il sonno? — Se nello studio di questi fenomeni l'Autore preferì sfiorarne a mala pena la storia naturale per decifrare invece i problemi ontologici, con ben maggior compiacenza dovea farlo nell'esame delle cause e natura dei sogni, fornendo argomento siffatto occasioni troppo propizie di allentare il rigore dei metodi induttivi per attaccarsi agli argomenti d'una verbosa dialettica, facendo tesoro di tutte quelle quisquiglie che la erudizione tiene in serbo per qualsiasi opinione, ogni qualvolta dessa non sia guidata e vagliata da una critica severa. Così, in luogo di insistere sulle circostanze esterne ed interne che valgono a provocare i sogni, e a dar loro una impronta speciale, di additare la parte vera che nei sogni hanno i diversi organi sulle funzioni cerebrali, gettando così nuova luce sui rapporti che anche in questo stato legano lo spirito all' organismo, egli si dà tutto a dimostrare, come i sogni altro non siano che il prodotto dell'azione dell'anima sulla sensibilità interna; come nei sogni psichici la sfera dell' intelligenza si vada estendendo in modo prodigioso; come lo spirito si provi allora a spezzare i vincoli che lo legano a questo basso mondo per *elevarsi nelle regioni eteree*, *nell'abbagliante soggiorno della verità;* come le facoltà mentali si possano sviluppar tanto nel sonno da succedere che si abbiano in sogno idee superiori alla intelligenza normale, idee che non erano mai passate pel nostro spirito; come talune volte possa destarsi un sentimento simpatico squisitissimo mediante cui un amico perviene a conoscere ciò che ha sognato il suo amico, non appena esistano fra di loro intimi rapporti intellettuali. Nè già si creda che a

ciò si limiti il meraviglioso nei sogni; ben più sublimi sono le facoltà che sogliono manifestarsi in questo stato che noi, poveri di spirito, abbiamo sinora ritenuto come l' immagine della morte; uditelo di grazia dal sig. *Macario*. Le allucinazioni dei sogni furono non poche volte l'annuncio di avvenimenti impreveduti, che non mancarono mai di realizzarsi; testimonianze irrefragabili attestano come possano i sogni far conoscere un avvenimento futuro, ovvero un fatto che succede altrove appunto nell'istante in cui si sta sognando. E qui, confondendo le immagini che passano pel cervello d'un dormiente con quelle che turbano la mente d'un allucinato, onde fiancheggiare le sue strane visioni, l' Autore va frugando nelle pagine della storia, raccogliendo tutti i racconti da leggendario, tutte le predizioni postume ed apocrife, e infilandoci aneddoti che in vero figurerebbero meglio in un trattato sulle allucinazioni mentali o nei celebri libri *delle sette trombe e del finimondo*, di quello che nelle pagine di un volume scritto con intendimenti e pretese scientifiche. Invece di venirci a parlare dei *sogni profetici*, parole le quali al dì fuori dei libri santi, non potrebbero aver senso alcuno nè per noi nè per altri, il sig. *Macario* avrebbe dovuto piuttosto riflettere che, se i sogni vanno qualche volta sino a presagire le contingenze più probabili, ciò in fin dei conti non avviene per altro se non perchè essi sogliono per lo più riferirsi alla verificazione di quanto nella veglia agitava le nostre menti e versano quindi naturalmente sulle idee da noi meditate con maggiore intensità fuori del sonno, nè avrebbe dovuto scordarsi che, se il numero delle occasioni in cui sogni di tal natura vennero accolti come comunicazioni sopranaturali fu grande in tutti i tempi, lo fu per altro di gran lunga ben più in quelli dell'ignoranza, allorchè, fraintesa la loro cagione naturale, vennero interpretati a seconda delle idee superstiziose dell' epoca.

Impigliatosi una volta in queste panie, non potea certamente l'Autore sostare sul più bello, massime allora che la

natura stessa dell'argomento, sciogliendo ogni freno alla sua fantasia, additavagli regioni dove la nostra vista troppo còrta non avrebbe certamente potuto tenergli dietro. Il *magnetismo animale*, o come egli preferisce chiamarlo, il *sonnambulismo artificiale*, è tale materia in cui, adottate una volta che si abbiano certe premesse, e accettati come realtà alcuni fatti, nulla più havvi che valga ad infrenare nei suoi voli l'immaginazione. Il sig. *Macario*, dopo averci con tutta la compiacenza d'un adepto regalata una filza di personaggi che espressero qualche frase di deferenza al magnetismo, certamente però non quale ei lo intende coi suoi miracoli, i suoi tripodi e le sue sibille, passa a enumerarci tutte le straordinarie facoltà dei sonnambuli, cominciando dalla *trasmissione del pensiero*, dalla *vista traverso ai corpi opachi*, per elevarsi grado grado sino alla *previsione interna* (facoltà invidiabile pella quale il sonnambulo può predire le alterazioni tutte che modificheranno nel tempo successivo non solo il proprio organismo, ma quello altresì delle persone con cui trovasi in rapporto), e per salire sino alla facoltà ben più miracolosa della *seconda vista*, cioè della previsione del futuro. Questo però sarebbe ancora un nulla a fronte del terribile potere esercitato dal magnetizzatore, sotto di cui la volontà del sonnambulo è vinta ed annientata, di modo che questi finisce col perdere ogni libertà; e con essa ogni responsabilità, ogni moralità delle azioni, la sua medesima personalità, stato *pieno di pericoli pel sonnambulo, in balìa al tiranno che lo opprime.* E qui in vero, se non si incorresse nel pericolo di fare alle pugna col buon senso, sarebbe prezzo dell'opera il mostrare come l'Autore, evocando una compiacente erudizione in sussidio della fantasia, si studii di involgere le sue teorie magnetiche, qua nelle pie nebbie del misticismo, là nel frasario concettoso d'una scienza spuria, cercando così di insinuarle nell'alveo comune. « È nell'estasi, egli sorge a dire enfaticamente, è nell'estasi che si sviluppa tale facoltà: in questo stato i sensi restano chiusi al mondo esterno, lo spirito

è concentrato in sè stesso, è la morte senza la morte: si direbbe che l'uomo, tuttavia avvinto alla terra, riceva delle vere inspirazioni celesti. Alcuno non vi sarà che non possa ricordarsi qualcuno di quegli istanti ricolmi di turbamento insieme e di delizia, in cui la nostr'anima emancipandosi per dir così dai terreni impedimenti, si sente a un tratto impennare le ali, e si slancia con rapido volo verso gli spazii celesti, andando a ritemprarsi, ad immergersi, ad assorbirsi nell'idea dell'infinito. Sono questi come bagliori di nostalgia divina che ci lasciano travedere, traverso lo spazio e la notte, le lontane immagini della patrìa perduta... » e via via con una sequenza di simili concetti più o meno di buon gusto, tutti però dello stesso conio e della stessa importanza scientifica, concetti che forse non potrebbero stonare nei volumi di *Swedenburg*, di *Saint-Martin* e di altri mistici, ma che in un'opera la quale abbia la menoma pretesa al positivismo, finiscono ad essere nient'altro che una meschina parodia. L'Autore del resto non si limita già a queste vaporose aspirazioni, ma nella povertà di prove razionali, fa ricorso alle tradizioni della storia, cominciando dai sogni di Giuseppe e dalle lamentazioni di Geremia, percorrendo tutta la scala sino alle profezie del Savonarola e ai versi dell'Alamanni, non dimenticando nè la famosa invettiva di Cazotte la quale non ha esistito mai che nella fantasia di Laharpe, nè le fiabe che quel buon vecchio di Nodier sapeva condire con tanto spirito, confondendo così il romanzo colla storia, il mito colla tradizione, la storia sacra colla profana, tutto accettando per buono e provato, purchè in un modo o nell'altro si possa adattare alla sua tesi. Quando un autore non sa far di meglio che ricorrere a simil maniera di prove, si potrebbe quasi supporre che egli abbia esaurito tutte le risorse della dialettica, e che non voglia arrischiarsi a procedere più oltre per non cadere dal manierato nell'assurdo. In questo caso però noi ci inganneressimo a partito, rimanendo all'Autore di provarsi a nuovi voli e più sublimi, sviluppando la *teoria dello*

spirito profetico. I suoi ragionamenti sono così sottili che in vero meritano di venir riportati, non foss'altro ad edificazione dei nostri colleghi, e a norma di chiunque volesse misurarsi in così utile palestra. « Supponiamo, dice il sig. *Macario*, l'anima svincolata dalla materia, e in questo caso è evidente che essa dovrà conoscere fin nelle minime particolarità tutti i misteri della creazione, giacchè per l'anima priva del suo ingombro più non possono esistere condizioni di tempo o di spazio; passato, presente, futuro, tutto verrà a confondersi in un unico punto, e quindi essa non potrà a meno di afferrare in un batter d'occhio (l'anima) i rapporti e l'insieme di tutto quanto esiste ». Le premesse, come ognun vede, non potrebbero essere più logiche; peccano in ciò soltanto che, onde abbia a verificarsi l'ipotesi, è indispensabile che avvenga la morte, dovendo noi ritenere come dogma che questa soltanto valga a liberare lo spirito dal servaggio dei sensi. Ma procediamo: « in certi stati (isterismo, catalessi, estasi, sonnambulismo) l'anima, sotto l'influenza della eccitabilità cerebrale, tende a infrangere i vincoli che la imprigionano all'organismo, estendendo così indefinitamente la sua sfera d'attività al di là dei confini ordinarii; dessa prende allora uno slancio insueto, e procura di rivendicare almeno in parte quegli attributi immortali, che non giunge a ricuperare del tutto se non dopo la morte del corpo ». E via di questo passo mischiando l'ipotesi alla metafora, vaghe idee fisiologiche ai più bizzarri concetti dell'illuminisimo, ripetendo sempre sulla medesima solfa un frasario di cui si è troppo abusato perchè riesca ancora ad abbagliare, sin che finisce a conchiudere: « potersi ammettere benissimo che l'anima assorta in questo stato pervenga ad intravedere una parte dei misteri dell'universo ed a leggervi i decreti di Dio ». In quanto alle obbiezioni che gli si potrebbero muovere, egli vi taglia corto dichiarando, che per lui i fatti della storia non risultano più autentici dei fatti di previsione nel sonnambulismo, nell'estasi, nei sogni, che la creazione intera altro non è che un

mistero, che il potere dell'umana ragione è circoscritto, e che nulla vi è di impossibile alla intelligenza la quale ha creato e governa il mondo; ritorcendo in tal modo l' argomento contro gli avversarii, ricorrendo alla vanità della scienza, non già per iscusare, ma per difendere appunto i traviamenti della fantasia, e richiamandosi alle leggi provvidenziali per convalidare le pretese d'un illuminismo troppo scaduto di prezzo per trovare tuttavia degli adepti.

Queste idee infatti hanno al giorno d'oggi perduto troppo del loro prestigio e della loro novità per meritare una seria confutazione; non sarà però fuor del caso che io spenda qualche parola intorno a un argomento che è l'arma favorita degli apostoli del magnetismo, e al quale non ha trascurato di ricorrere anche il sig. *Macario*. « Voi rigettate, essi dicono, un fenomeno per ciò solo che non riuscite a trovarne la spiegazione con alcuna delle leggi che conoscete; ragionando in tal guisa voi dovrete finire coll'inceppare ogni progresso dello spirito umano, ed a tracciare un circolo al di fuori del quale voi negherete tutto ». Mi scusino, ma in questa parte il loro ragionamento zoppica alquanto; nessuno ha mai pensato a rifiutare un fatto per ciò solo che non si è riusciti a trovarne al momento una soluzione probabile; tutte volte che il fenomeno sii reale ed autentico, per quanto a prima vista potesse a lui sembrare straordinario e in contraddizione colle norme comunemente ammesse, egli non potrà mai dubitare per questo che presto o tardi la mente umana non giunga a farlo rientrare nel circolo delle leggi ordinarie, e a strappargli le misteriose cortine che pel momento lo avviluppano; al più lo mette in disparte, ed aspetta. In ultima analisi, i fenomeni rari nulla possono avere per noi di più meraviglioso di quelli che cadono sotto l'osservazione giornaliera; in questo caso tutto dovrebbe essere per noi mistero, anche l'atto più semplice della vita, mentre per noi invece tutto si raggruppa a un certo ordine di fatti spiegabile colle leggi normali dell'esi-

stenza. I fatti che noi saressimo obbligati ad impugnare come falsi assolutamente od adulterati, sono quelli soltanto inconciliabili col senso comune e coll' ordine dell' universo, i quali ove venissero ammessi, urterebbero troppo le idee ed i princìpii comunemente accettati, per non capovolgere di pianta, e togliere sin la possibilità d'una base logica ed assoluta alle scienze naturali. Ecco il perchè noi non ammetteremo mai nè le profezie, nè la seconda vista, nè gli altri miracoli del magnetismo, appunto perchè miracoli, e quindi estranei alla sfera dei fatti intorno ai quali è concesso alla scienza umana di discutere; ove questa volesse impegnarsi in simile via finirebbe col rinunciare a quel linguaggio nitido e conciso, a quei severi metodi di ricerca la cui mercè ha potuto compiere tali e tanti progressi, per palliarsi nell' orpello d' una fraseologia mistica e pretenziosa, buona soltanto pei veggenti e pei ciurmadori.

Ogni qual volta qualcuno si arrischia a sollevare il velo di quistioni sì spinose e delicate, a me sembra che il partito migliore per una mente calma e spregiudicata, sarebbe quello di far toccar con mano, come alcuni fatti del così detto *sonnambulismo* possano trovare una acconcia spiegazione in quegli stessi processi, ai quali appunto ricorre natura nella veglia, nel sonno naturale, nello stato di salute; come l' influenza dell' uomo e della sua volontà nella produzione di fenomeni che colmano di tanta maraviglia il profano, finisca a ridursi a ben poco, essendo tutt' altro che necessario per questo di ammettere l'esistenza e l'azione di facoltà speciali ed energiche; come noi potressimo, senza perderci in spiegazioni problematiche, trovar benissimo una interpretazione dei pretesi fenomeni straordinarii, raffrontandoli agli accidenti più comuni del sonno, e riportandoli alla semplice azione delle forze costantemente attive in tutti gli individui, sì desti che addormentati, tanto sani che infermi; come nulla si possa ammettere che valga in qualche modo a convalidare l' ipotesi d' un fluido specifico, d' una azione

misteriosa esercitata da lontano dall'uomo sull'uomo; come, quand' anche si volesse accettare una tale ipotesi, ben altro che prestarsi a svelare i fenomeni, essa non farebbe che rendere ancor più dense e impenetrabili le tenebre in cui si trovano involti. Ove nell' esame di tali fatti non si pensasse tanto a deviare dalle leggi a tutti note della vita, e si ricorresse con un pò più di fiducia ai risultamenti della fisiologia sperimentale, non sarebbe temerità lo sperare di avvicinarsi d'un passo alla loro interpretazione, e di veder forse un giorno fatta palese la ragione di fatti che a bella prima avrebbero tutta l'aria di misteri; ove al contrario, lasciandoci abbagliare da ipotesi seducenti, mettessimo in disparte le severe discipline dell' esperienza, questi fenomeni finirebbero a perdere anche per noi quella luce, che il confronto delle condizioni diverse delle facoltà dello spirito e del corpo, e l'esame dei loro reciproci rapporti, vi avrebbero insino ad ora potuto diffondere. In tutti i modi, ripetiamolo, queste potenze occulte, le quali non devono venir ammesse nemmeno come una ipotesi, giacchè non soddisfano ad alcuna delle condizioni della logica e del senso comune, tutt'altro che fornire una interpretazione, non sono che la negazione di qualsiasi spiegazione, e devono per ciò venir assolutamente bandite dal dominio della scienza la quale, ogni qual volta sia nel proprio campo, ha diritto di pretendere che tutti i fatti corrispondino alle condizioni di credibilità imposte dalla ragione, arbitra e legislatrice in tutto quello che si riferisce alla investigazione dei fenomeni e alla sanzione delle leggi naturali.

Noi non avressimo certo insistito su queste idee, tanto ci sembrano chiare e volgari, ove non avessimo traveduto quà e là in certe scritture nostrali una tendenza verso un trascendentalismo, mezzo sentimentale, mezzo metafisico, il quale, se trovasse facile accoglienza, il che non credo, finirebbe a farci fuorviare dal sentiero sinora con fortuna battuto, ad abituare l'orecchio ad una sonora ma vuota frascologia,

abile a regalare parole e concettini in luogo di idee e di fatti, e ad attirarci verso regioni ove il buon senso finirebbe a perdere la bussola, e a restarvi abbacinato. Il nostro collega giunse a proposito per offrirci un saggio di questo misticismo scientifico, il quale, al dir di taluni, dovrebbe rigenerare l'arte nostra, iniziarci alla scoperta di non pochi misteri, fornircene intuitivamente la spiegazione e risparmiare così la fatica e il tempo che noi profani siamo soliti sprecare in simili ricerche. Il suo libro fu per noi il capro emissario e noi in espiazione non abbiamo esitato a sagrificarlo, quantunque i non pochi pregi di cui va adorno avrebbero dovuto cattivare il nostro interesse e propiziare la nostra mansuetudine; in tutti i modi, sia volontario o no, il sagrifizio non potrà essere che meritorio, tanto più in questo caso in cui vanno di mezzo gli interessi dei colleghi e dell' arte. L' arte infatti non potrebbe che scapitare ove si lasciasse invadere da queste pseudo-scienze, dalle dottrine occulte, divinatorie, mesmeriche, magnetiche, fluidiche, e a lei corre l' obbligo di protestare altamente contro simili tentativi, giacchè altrimenti correrebbe rischio di essere tenuta come complice e patrona di pratiche impure e ciarlatanesche, ed esautorandosi d' ogni diritto alla estimazione e fiducia del pubblico, finirebbe a perdere sino l' ultimo prestigio della propria autorità. *B.*

Leçons sur la physiologie, *etc.* — **Lezioni sulla fisiologia e la patologia del sistema nervoso, professate al Collegio di Francia,** *dal dott.* **CL. BERNARD.** *Parigi*, 1858; 2 *vol. in-8.° con fig.* — *Estratto del dott.* ***M. Guarini***, *di Piacenza.*

Il sistema nervoso non si manifesta che con espressioni di due ordini: di sensibilità e di movimento. Vi sono ner-

vi quindi conduttori del moto e del senso, che non si possono sostituire a vicenda. Le proprietà poi motrice e sensoria non vanno disgiunte; dov'è movimento, ivi trovasi sensibilità, e il fisiologo non separa una proprietà dall'altra che astrattamente. Di che prestano esempio i nervi spinali, i quali composti di due radici, una anteriore motrice, l'altra posteriore sensoria fornita di ganglio riunite fra di loro in nervo misto dopo la formazione di questo, si portano a tutti i sistemi dell' economia distribuendo la facoltà del moto alle parti motrici volontarie, la sensoria a quelle destinate alla sensibilità cosciente; e siccome vi è anche moto involontario e sensibilità insciente, così trovansi nervi destinati a queste oscure funzioni, che partono da un sistema particolare di ganglii forniti di filamenti, che traggono la loro origine dalle radici anteriori e posteriori spinali.

Esiste comunicazione di proprietà fra le radici posteriori ed anteriori; infatti la radice anteriore dei nervi spinali non è insensibile, come fu creduto, ma va fornita di una certa sensibilità, che le viene comunicata dalla radice posteriore, non per opera del midollo spinale, ma per mezzo della periferia. Schiacciando infatti e contundendo la radice posteriore, si toglie o si diminuisce la sensibilità nella radice anteriore.

Questa communicazione è fatta sempre colla radice corrispondente, cosicchè la radice posteriore nel 2.° pajo non comunica la sensibilità che alla radice anteriore dello stesso pajo, e non a quella del primo o del terzo. Questa regola, che vale pei nervi spinali, cessa pei cerebrali, nei quali vediamo una radice sensoria fornire più nervi motori della sensibilità ricorrente. Lo spossamento che induce un' operazione è una specie d' anestesia. Dietro quest' idea si spiega come in un animale che abbia subito l' operazione della scopertura del midollo spinale, stuzzicate le fibre delle radici anteriori, si trovino insensibili, mentre manifesta diventa la loro sensibilità dopo che l'animale siasi sufficien-

temente riposato. La diversità quindi del tempo in cui vennero eseguiti gli esperimenti fu la causa dei risultati diversi ottenuti dagli anatomici, che negano od ammettono la sensibilità nelle radici anteriori.

Infatti l'Autore ha potuto constatare sensibili le fibre anteriori nello stesso animale sul quale poco prima *Magendie* le aveva trovate insensibili. Che lo strazio dell'operazione sospenda la sensibilità ricorrente, è provato col taglio del VII, nel qual caso, non incidendosi che la sola cute, il moncone periferico rimane sensibile; mentre se lo stesso nervo vien troncato dopo che all'animale sono stati messi a nudo i nervi spinali, il moncone suddetto si mostra insensibile. Il cloroformio agisce nello stesso senso, fa scomparire, cioè, la sensibilità ricorrente, che ricompare mano mano che cessa l'anestesia. Ma non bisogna però lasciar scorrere troppo tempo per l'esperimento, giacchè l'infiammazione che si sviluppa fa scomparire di nuovo la sensibilità.

Troncata la radice anteriore, trovasi insensibile l'estremo centrale, mentre è sensibile il periferico, e tale si mantiene giacchè la radice posteriore corrispondente rimane intatta. Che se questa vien tagliata, si fa insensibile anche la parte periferica anteriore (1).

Siccome l'esperienza ha provato che molte circostanze possono rendere oscuri gli esperimenti, così vengono stabi-

---

(1) Qui si citano *Bell* e *Magendie*, e non si parla dei lavori fatti in proposito dal *Panizza* (Lettera a *Bufalini*), nè del primato che devesi al *Belinzoni* il quale dal 1818 aveva già parlato della differente funzione delle radici dei nervi spinali. Che la radice anteriore poi sia sensibile, il *Panizza* lo ha apertamente dichiarato nel 1833. — Nella recisione delle radici inferiori (art. dell'A.), dei quattro ultimi lombari, e tre primi facciali d'una delle estremità posteriori, l'animale dà *palesemente minor segno di dolore che nella sezione delle superiori.* *G.*

lite alcune condizioni perchè questi sieno concludenti; fra le quali notansi le seguenti:

1.° Che l' animale sia vigoroso, ben nudrito e giovane;

2.° Che non si deve aprire che una metà laterale della spina, perchè così il midollo si raffredda meno;

3.° Che conviene agire sulle radici anteriori più voluminose.

Il cane è l'animale prescelto dall'Autore per questa sorta di esperimenti. Egli quindi ha creduto bene non solo di fornirci una descrizione anatomica delle radici spinali di questo animale, ma d' indicarci il modo di operarne la scopertura, occupandosi nel descriverci una serie non piccola di esperimenti con tale e tanta minuziosità, da indicarci persino il colore del pelo dell' animale.

Dai fatti esperimenti l'Autore conchiude che la sensibilità della radice anteriore non è che un prolungamento di quella della posteriore.

Che la sorgente della sensibilità è una, e proveniente dalla radice posteriore.

Che la sensibilità scorre lungo la radice posteriore sino alla cute per ritornare al midollo per la radice anteriore.

Che ciò si effettua per fibre che dalla radice posteriore risalgono verso il centro nella radice anteriore.

Che non si può stabilire il punto esatto nel quale succede questo ritorno della sensibilità, ma che è assai probabile che si effettui all' estremità stessa dei nervi.

Che questo ritorno si fa anche più vicino all' origine, perchè tagliando lo sciatico, la sensibilità esiste ancora nella radice anteriore, e solo scompare troncando il nervo misto poco dopo l'unione delle due radici.

Che la sensibilità si ritira dalla parte incominciando dai punti più lontani. Cloroformizzando infatti l'animale, la sensibilità scompare prima nella radice anteriore, poi nella cu-

te, indi nel tronco della radice posteriore, e finalmente nella colonna corrispondente del midollo spinale per ricomparire nelle dette parti, cessata l'azione anestetica, tenendo un ordine inverso all'accennato.

Può invero accadere che, troncando la radice posteriore, sussista nel moncone periferico la sensibilità, benchè indebolita. Questo caso occorso due volte all'Autore, dipendeva da un' eccezionale disposizione anatomica; il ganglio cioè della radice superiore a quella troncata era fuso col ganglio di quest'ultima.

Nello stato normale il midollo spinale è tutto sensibile; la sensibilità però delle colonne anteriori dipende da quella delle posteriori. Se infatti si tronca una radice posteriore, rimane sensibile la colonna che le dà origine, mentre fassi insensibile la parte della colonna anteriore dalla quale nasce la radice corrispondente alla posteriore troncata.

I nervi pel loro ufficio sono divisi in motori e sensorii. Il motore non è che il conduttore degli eccitamenti motori volontari e involontarii. Il nervo sensorio trasmette al comune sensorio le sensazioni degli eccitamenti portati sulla parte alla quale si distribuisce.

Troncate le radici posteriori, cessa la sensibilità nel membro; tagliate le anteriori, cessa la mobilità. Benchè tutti riconoscano in ciò un predominio di funzione motrice per le anteriori, sensoria per le posteriori, pure non tutti credono sprovviste di senso le radici anteriori, nè le posteriori di moto. Così *Arnold* considera le radici anteriori come muscolari comunicanti moto e senso ai muscoli, le radici posteriori come cutanee comunicanti senso e moto alla cute. L'Autore invece crede di poter asserire che le radici anteriori presiedano solamente alla motilità sì dei muscoli che della cute e degli altri organi, e che le radici posteriori raccolgano le impressioni sensibili sia della cute che dei muscoli e delle altre parti del corpo, perchè troncata una radice anteriore, il moncone centrale mostrasi af-

fatto insensibile, ed incapace di sviluppare movimenti il moncone periferico d' una radice posteriore anche coi più validi stimoli. — Troncate le radici anteriori, il moto è abolito e normale la sensibilità nell'arto; tagliate invece le radici posteriori, vien abolito il senso, sussistendo la mobilità; i moti però seno incerti, non coordinati.

Questa influenza del senso sul movimento è un fatto importante, e l'Autore crede d' essere il solo che lo abbia rimarcato, quindi a sè attribuisce l'onore della scoperta (1).

---

(1) Abituati i nostri dotti oltramontani ad aver per le mani grossi volumi, sfuggì certamente al genio raccoglitore del nostro francese il piccolo fascicoletto del *Panizza* il quale non pieno di parole, ma ricco di fatti e di idee, indirizzava al *Bufalini* or sono 25 anni, dieci anni circa almeno prima che fosse nota l'esistenza scientifica del *Bernard*. Or bene se questi avesse voluto leggere le poche parole del fisiologo italiano, avrebbe trovata la spiegazione chiara e patente del perchè i movimenti degli arti si fanno con minore energia e disordinatamente tagliando le radici posteriori, benchè queste destinate sieno esclusivamente al senso e non al moto. È ben vero che in tal caso il *Bernard* avrebbe dovuto cedere il primato, nè avrebbe potuto scrivere che questo fatto: « *n'a pas été rémarqué par les expérimentateurs* », e più avanti V. I, pag. 120, che l'abolizione della sensibilità produce nelle manifestazioni motrici « *des troubles sur les quels le phisiologistes n'ont pas fixé leur attention* », V. I, pag. 247, e così dichiararsi primo nel dare una ragionata spiegazione del fatto surriferito. Ecco le parole del *Panizza*: « Da queste esperienze . . . . emerse un fatto meritevole di tutta la considerazione, ed è che all'abolizione del senso tenne presso una manifesta diminuzione dell'energia muscolare nell'arto reso insensibile . . . . Eppure e il senso e il moto sono manifestazioni di proprietà distinte e per essenza, e per origine, e per sede. Ma siccome l'atto di sentire è indipendente dalla volontà ed è invece a questa pienamente subordinato un movimento regolare, così è evidente che l'influenza della volontà sull'azione dei muscoli di una parte che è priva del senso

Egli consacra alcune pagine alla descrizione anatomica dei nervi. Questi sono formati dall' adesione di una quantità di fibre sottilissime, primitive, o tubi nervosi, uniti gli uni agli altri per opera del nevrilema, guaina contenuta anch' essa in una più esterna o perinervo.

Esaminata sotto al microscopio una fibra nervosa nell'animale vivente, non si scorge che un tubo finissimo di apparenza omogenea, ma se vien recisa e staccata dall'animale, e nuovamente esaminata coll'aggiunta di un liquido, o di un poco d' acqua, allora compaiono tre elementi distinti: un inviluppo esterno trasparente, senza struttura; un contenuto semifluido albumino-adiposo, o la polpa nervosa; e finalmente al centro un filamento o *corda della fibra nervosa.* Si crede che durante la vita la polpa sia fluida, e che la corda sia formata da una materia albuminosa, costantemente coagulata e solida. — Le fibre nervose primitive non sono tutte dello stesso diametro; ve ne hanno di grosse e di piccole. Il loro diametro medio fu trovato da

---

si rende incerta e minore, se pure non viene tolta del tutto per due cagioni, e perchè quella parte non riceve più le impressioni che avvertono il sensorio dei rapporti in cui essa si trova cogli agenti esterni, e perchè il sensorio non è più consapevole della maniera di essere della parte stessa; insomma, come ho già detto, perchè questa parte nè sente più, nè più è sentita . . . . e sebbene conservi ancora la facoltà di muoverlo (l'arto), non è più in grado di muoverlo, come altrimenti sarebbe, con quell'energia, prontezza e regolarità che abbisognano per sostenere una corsa, per ispiccare un salto e va dicendo. Che . . . . se è ancora atto a coordinare l'azione dei suoi muscoli a qualche movimento regolare, parmi che ciò sia unicamente da attribuirsi all' essere il moto di quel membro combinato con quello delle altre membra . . . . Che se tutte le membra fossero a un tempo private della sensibilità, vedremmo forse abolita la coordinazione dei movimenti loro, ecc. *G.*

Koelliker, per le grosse di $0^{mm},02$; e per le piccole di $0^{mm},0011$. Le prime prevalgono nelle radici anteriori, le seconde nelle posteriori.

Nella sostanza grigia e nei ganglii trovasi un altro elemento, le cellule nervose. Esse contengono un nucleo circondato da sostanza granulosa, e non differiscono dalle altre cellule a nucleo. Ve ne sono di grandi col diametro di $0^{m},11$, a $0^{mm},14$, di piccole da $0^{mm},005$, a $0^{mm},007$. Queste cellule nei nervi sono di tre specie.

1.° Cellule bipolari suddivise in due specie:

a) che formano un rigonfiamento sul tragitto di una fibra primitiva;

b) che sembrano essere l'origine di due fibre primitive dirette dalla periferia;

2.° Cellule unipolari, che emettono ciascuna una sola fibra primitiva sempre diretta alla periferia.

3.° Apolari, o cellule isolate, che non sono attaccate ad alcuna fibra.

Nel ganglio si vedono inoltre fibre primitive che lo attraversano senza aver rapporto di continuità con alcuna cellula.

La parte bianca del midollo spinale si trova composta di fibre nervose, e la di lui sostanza grigia è formata specialmente da cellule. Le fibre grosse dominano nel fascio anteriore, le sottili nel posteriore; come le cellule grosse si trovano in maggior copia nel corno anteriore della materia grigia, mentre le piccole si rinvengono specialmente nel corno posteriore.

Le cellule della sostanza grigia midollare sono multipolari, e coi loro poli si crede siano in continuazione coi nervi. Le cellule sarebbero dunque ora l'origine delle fibre nervose, ora organuli collocati sul loro tragitto, e in questi casi si potrebbero considerare i tubi come conduttori del sistema nervoso, di cui le cellule sarebbero l'agente elaboratore o collettore.

Quando un filamento nervoso motore arriva nel muscolo, vi si colloca trasversalmente alla direzione delle fibre muscolari; spesso il tubo nervoso primitivo si divide, e il cilindro d'asse si ramifica. Non si conosce però il vero rapporto tra le fibre nervose e le muscolari; la fibra primitiva, sia che la si perda di vista sotto al microscopio ancora intiera, sia che si possa seguirla nelle sue divisioni, termina sempre bruscamente. Avvicinandosi alla propria estremità terminale, il nervo sembra perdere il proprio inviluppo, e la sua fibra primitiva si trova, come al suo arrivo nei centri, ridotta al cilindro d'asse, che si confonde col tessuto cellulare, in modo da non poterne più esserne distinto, ciò che rende impossibile il seguirlo più oltre.

Eguale incertezza regna sul modo di terminazione dei nervi motori nelle ghiandole. Meglio si conosce come i filamenti sensorii finiscano nella pelle; quivi si veggono terminare nei corpuscoli del tatto e nelle vescichette del *Pacini*. L'Autore ritiene ancora che finiscano ad ansa, sostenitore com' egli è della sensibilità ricorrente.

Nelle alterazioni nervose è soprattutto la polpa nervosa che presenta una modificazione anatomica profonda facendosi granulosa e nera.

Stilling vuole che l' inviluppo del tubo sia costituito da un amasso di tubetti estremamente fini. Il cilindro d' asse sarebbe secondo lui formato da due tubi invaginati dai quali partirebbero delle ramificazioni trasversali estendentisi verso la guajna, e anastomizzantisi cogli innumerevoli tubi la di cui adesione formerebbe questa guaina. Questa struttura è poi normale, o dovuta all'acido cromico nel quale faceva macerare i nervi?

Nascono i nervi motori dal corno anteriore della sostanza grigia da un ammasso di *corpuscoli gangliari* voluminosi, e sono destinati ad eccitare i muscoli; l'eccitamento si limita con tutta esattezza al muscolo al quale si dirama il nervo.

Premesso, perchè comprovato dall'esperienza, che tagliato un nervo sopra un animale vivente, dopo otto a quindici giorni uno de' monconi rimane allo stato normale, mentre l' altro si altera e presenta la polpa nervosa granulosa e di colore nerastro, noi potremmo perciò distinguere un nervo motore da uno sensorio:

1.° Perché il nervo motore nasce dalle colonne anteriori.

2.° Per l'alterazione esistente nel moncone periferico e non nel centrale.

3.° Per la perdita del moto nelle parti sottoposte.

4.° Per la facoltà di far contrarre i muscoli anche dopo morte, dietro l' applicazione degli eccitanti artificiali.

Tali eccitanti artificiali sono:

1.° Meccanici: punture, pizzicamento ecc., ma questi però, distruggendo la tessitura nervosa, obbligano l' esperimentatore ad agire una sola volta sopra lo stesso punto.

2.° Chimici: gli acidi, la potassa, che distruggono tosto il tessuto nervoso, la bile ed il sale che eccitano l' irritabilità nervosa senza alterare i nervi. Alre sostanze sottraendo l'umidità distruggono nei nervi le loro proprietà, le quali però possono ricomparire umettandoli, il che proverebbe che la parte essiccata del nervo è il cilindro d' asse e non la polpa e l' involucro.

Ponendo i nervi d' una zampa di rana a pescare nella bile, i muscoli si convellono. Da questo fatto nacque la teoria ingegnosa, ma non provata, che assegna agli elementi della bile riassorbita l' ufficio d' eccitatori normali delle proprietà del tessuto nervoso.

3.° L' elettricità: e qui l' Autore parla delle diverse macchine elettriche usate; d' una pinzetta elettrica da lui imaginata, e d' un apparecchio particolare appoggiato alla pila di *Bunsen*, il quale dà una corrente leggiera e continua. — L'eccitazione elettrica si produce in qualunque senso essa traversi un nervo, sia dalla periferia al centro, o dal centro

alla periferia. Le convulsioni si sviluppano solo al momento dell' ingresso della corrente, qualunque ne sia la direzione e la intensità, cosicchè per avere, negli usi terapeutici, delle contrazioni molteplici, è necessaria una corrente interrotta. — Una corrente debole continua non distrugge il nervo; come accade con una forte corrente, la quale agisce chimicamente sul nervo. Le correnti possono attraversare il nervo in due sensi, cioè in direzione centripeta o centrifuga. Ora se si fa passare la corrente nel senso centrifugo, il polo negativo essendo il più vicino alla periferia, il nervo perde rapidamente la facoltà di essere eccitato dall' elettricità. La proprietà nervosa ne rimane indebolita, esaurita, ma non é distrutta. Infatti, cambiando i poli, si possono determinare altre contrazioni energiche, come prima.

L' azione dell' elettricità produce dapprima una contrazione al momento dell' ingresso della corrente, ed al momento della sortita, qualunque siasi il senso della corrente; e quando il nervo è stanco e sfinito, si produce una contrazione solamente all' ingresso della corrente diretta ed alla sortita della corrente indiretta. E qui si reca l' opinione di *Matteucci* e di *Longet* sul modo di reagire all' azione della corrente elettrica facendola passare per un nervo motore puro, ovvero misto a fibre sensorie. Questi autori dicono che agendo sopra un nervo motore puro la corrente centripeta o inversa fa nascere delle convulsioni all' entrata, mentre la corrente centrifuga o diretta dà convulsioni alla sortita. Agendo poi sopra un nervo misto, la corrente diretta centrifuga darebbe convulsioni all'entrata, e la corrente inversa centripeta ne darebbe alla sortita. Operando alternativamente, si potrebbe ottenere una contrazione all' entrata ed una alla sortita.

L' Autore però non abbraccia questa teoria, perchè i fenomeni indicati si ottengono successivamente, sia il nervo puro o misto, quindi ritiene:

1.° Che non si può dai risultati ottenuti cogli esperimenti elettrici distinguere un nervo motore puro da un nervo misto.

2.° Che un nervo nelle condizioni organiche normali non dà mai, quando si eccita col galvanismo, che una sola contrazione, la quale non ha luogo che al momento nel quale si chiude la corrente, qualunque sia la direzione della medesima.

3.° Che il nervo in queste condizioni rassomiglia al muscolo, il quale non si contrae che al momento dell'entrata della corrente, qualunque sia la direzione di questa.

4.° Che queste azioni delle correnti derivate, sì importanti a considerarsi sopra i nervi separati dall'individuo, sono senza azione sopra il nervo allo stato fisiologico.

L'Autore ammette quattro periodi relativamente a' diversi gradi d'integrità e di deterioramento, pei quali passano i nervi e sono così caratterizzati da reazioni distinte all'eccitazione galvanico debole:

1.° Una sola contrazione muscolare all'entrata della corrente; condizione normale fisiologica.

2.° Doppia contrazione ad ogni passaggio della corrente: una contrazione all'ingresso ed una alla sortita, qualunque ne sia la direzione.

3.° Il senso della corrente cessa d'essere indifferente; si ottengono allora contrazioni alterne, cioè ora all'entrata ed ora alla sortita, a norma che si usa di una corrente centripeta o centrifuga.

4.° Allorquando il nervo sta per cessare completamente di reagire, si può ancora osservare un'ultima contrazione, ma solo all'ingresso d'una corrente diretta.

L'eccitabilità nervosa e la contrattilità muscolare sono dunque due proprietà ben distinte. Quest'asserzione dell'Autore sarebbe comprovata dai diversi esperimenti fatti da lui col curaro, sostanza tossica che mortifica il solo sistema nervoso, lasciando intatta nei muscoli la facoltà di contrar-

si. Avvelenata e morta una rana per opera del curaro, se ne preparino i nervi lombari e lo stesso facciasi sopra un' altra che sia stata decapitata; sospendansi poscia i nervi cosi preparati ad un conduttore. Se si fa allora passare una corrente elettrica, si scorge che i nervi della rana avvelenata hanno perduta la facoltà di produrre delle contrazioni nei muscoli, mentre intatta esiste questa facoltà nella decapitata. Se poi si dirige la corrente sui muscoli, si vedono contrarsi tanto nell' una quanto nell' altra. La forma cangia nel muscolo, le attribuzioni funzionali restano le stesse, e il muscolo si contrae nello stesso modo qualunque sia la forma dominante dell'elemento istologico, sia fibra o cellule; e se non si conosce il modo col quale il nervo finisce nel muscolo, pure non è inverisimile che i rapporti tra la fibra muscolare e le ultime ramificazioni nervose non sieno che di contatto.

L' Autore riconosce così due specie di paralisi, la muscolare e la nervosa, la quale potrà essere di senso o di moto, o d' ambedue queste facoltà.

Il sistema nervoso non è, secondo l'Autore, che un armonizzatore generale, necessario solamente negli organismi complicati. Viene dunque considerato come l' eccitatore fisiologico normale del sistema muscolare, che in certe circostanze può anche essere rimpiazzato da altri eccitanti, fra quali primeggia l' elettrico. Coll' elettricità noi facciamo contrarre un muscolo quiescente e ne rilasciamo un altro preso da tetano, e collo stesso mezzo facciam sospendere i moti del cuore se batte, o possiamo svilupparli quando abbia cessato di pulsare. Da ciò si deduce anche fisiologicamente che l'apparato motore organico è eguale all'animale, come le osservazioni istologiche avevano già provato.

Il calore aumenta da principio, poi distrugge l' irritabilità muscolare, quindi un eccessivo calore uccide arrestando il movimento del cuore. — Resta ancora a provarsi se il calore agisca direttamente sulle fibre muscolari di questo

viscere, ovvero sui nervi che lo animano. — Dietro varii esperimenti l'Autore sarebbe dell'opinione di *Reymond* e *Matteucci*, cioè che il muscolo è la sede d'una sorgente d'elettricità che si propagherebbe dalla di lui superficie al centro. Siccome la radice anteriore e non la posteriore è quella che messa a contatto con un muscolo dà luogo a contrazioni, così la corrente elettro-motrice dev' esser propria della sola radice motrice.

Tagliando a diversa altezza il midollo spinale e messi a contatto con un muscolo i varii monconi, sviluppansi contrazioni nella muscolatura solo quando una tale sezione sia fatta in un dato punto. L'Autore assicura che queste contrazioni però avvengono non pel contatto diretto del midollo col muscolo, ma per quello delle radici stesse dei nervi, che se ne staccano in tal punto. — Quindi, secondo lo stesso, la corrente elettrica propria del nervo motore gli sarebbe tutta speciale e non esisterebbe nel midollo.

Bernard proverebbe l'esistenza d'una corrente propria del nervo affatto distinta da quella del muscolo col seguente esperimento: avvelenata una rana col curaro i di lei muscoli non perdono la facoltà di far deviare l'ago del galvanometro, e facendo scorrere sopra loro il nervo d'un arto d'una rana sana, i muscoli di questa si mettono in contrazione, mentre appoggiandovi i nervi di un arto di rana avvelenata non si ottiene lo sviluppo delle contrazioni suddette, perchè il nervo è stato fisiologicamente distrutto dal curaro.

Il nervo motore finalmente, secondo l'Autore, è un organo particolare al quale si devono funzioni nervose ben determinate, fornito di proprietà che lo caratterizzano fisiologicamente; esso è intermediario fra il midollo ed il tessuto muscolare, e le sue proprietà stabiliscono fra di esso e i suoi limiti una linea di demarcazione pronunciatissima.

Le radici posteriori sensorie dei nervi spinali sono varie in grossezza a norma della specie. Così le vediamo voluminose nell'uomo, esili nella rana, ecc. ecc.

Carattere differenziale nel nervo sensorio è la presenza d'un ganglio sul proprio tragitto. Così nella radice posteriore lo si trova prima che questa si riunisca all'anteriore. Questi ganglii sono formati di cellule bipolari, multipolari ed apolari. Il nervo pare ch'entri ed esca da questo corpicciuolo. L'Autore dice che fin qui i *fisiologi sono nell'ignoranza più completa sull'uso dei ganglii.*

Ecco quali sono le alterazioni che avvengono nei monconi delle radici anteriori e posteriori dopo la loro divisione. Tagliate le due radici ad un tempo prima che la posteriore formi il ganglio, si vedrà che il moncone centrale anteriore non si altererà punto, mentre nel posteriore appariranno le vere granulazioni indizio di alterazione profonda. Quindi la continuazione col midollo mette un ostacolo alla disorganizzazione alla sola radice anteriore. Il contrario si osserva nei monconi periferici.

Tagliate le due radici, ma al dì là del ganglio, ovvero troncato il nervo misto, si vedranno alterarsi i monconi periferici tanto anteriori che posteriori, intatti rimanendo i monconi centrali. Da ciò si conchiude che la nutrizione delle fibre nervose si deve alle cellule gangliari, che si trovano nel ganglio per la radice posteriore, e nella colonna anteriore del midollo per la radice anteriore.

Questi esperimenti propri del *Waller* furono replicati e trovati esatti anche dall'Autore, che dice: « Les expé-
» riences de monsieur *Waller* nous paraissent donc satisfai-
» santes et concluantes; seulement dans l'état actuel de
» nos connaissances on ne voit pas ce que peut être la nu-
» trition d'un élément nerveux par un autre élément ner-
» veux » — e conclude dietro le esperienze da lui eseguite che il ganglio, pei nervi del senso, « jouerait dans leur
» nutrition le même rôle que la moelle dans la nutrition
» des nerfs moteurs ».

Toccando le radici posteriori, si provocano dei dolori; tagliandole, togliesi il senso. Queste sono quindi le sorgenti della sensibilità.

Il movimento fu considerato come il risultato di due azioni distinte: la contrattilità muscolare o la facoltà di contrazione inerente al tessuto muscolare e l'eccitamento nervoso motore proveniente dalle radici posteriori, che mette in giuoco questa proprietà. Il muscolo però va anche fornito di nervi sensorii, i quali gli comunicano una specie particolare di sensibilità, detta dall'Autore senso muscolare, destinata a far apprezzare l'energia delle azioni muscolari, il grado di un dato sforzo, e quindi a coordinare i movimenti complessi. In una parola sussiste nell'animale la contrattilità nei muscoli, sussiste nei nervi la facoltà di svilupparla, ma col taglio delle radici posteriori si toglie all'animale la coscienza di quanto accade nei muscoli stessi.

Dietro sperienze sui cani l'Autore stabilisce che la sensibilità e il movimento volontario sembrano fisiologicamente fra loro legati. Infatti si può dare come prova di questa proposizione ciò che accade tutte le volte che si deve fare uno sforzo per sollevare una massa. Le prime contrazioni sono fatte con attenzione, sono come palpeggiamento destinato ad avvertire il senso muscolare dell'intensità dello sforzo che deve spiegare. Queste sensazioni sono evidentemente sotto l'influenza dei nervi sensorii; quindi, benchè sia vero che le radici anteriori sono motrici e le posteriori sensorie, pure la distruzione di queste va sempre accompagnata da un'alterazione dei movimenti volontarii. — Le radici posteriori poi non avrebbero influenza alcuna ben marcata sulla nutrizione.

Ogni influenza capace di sviluppare della sensibilità agisce sopra il cuore per turbarlo nel suo funzionamento. Mediante il cardiometro usato da *Magendie,* introdotto nella carotide degli animali sottoposti agli esperimenti, si possono riconoscere tutte le modificazioni che sorgono ad ogni istante nelle contrazioni di questo viscere. Infatti applicato un cardiometro che segnava $0^{m},160$, dopo avere aperto lo speco ver-

tebrale non segnava più che 45 a 90. Lasciato in quiete l'animale, tornò gradatamente a segnare 0_m,150. Pizzicata allora la radice anteriore, si viddero arrestarsi bruscamente le pulsazioni per poco tempo. La stessa radice potè essere troncata senza che si turbassero i moti del cuore, ma questi si arrestarono ancora momentaneamente pizzicandone il moncone periferico. Questa sensibilità ricorrente che qui si traduce con un arresto riflesso del cuore, arriva al midollo per mezzo della radice posteriore; perchè troncando questa radice posteriore nessuna alterazione avviene nei moti cardiaci stuzzicando tanto il moncone centrale della radice anteriore, quanto i monconi periferici delle radici anteriori e posteriori. La sola irritazione del moncone centrale della radice posteriore è capace di arrestare i moti cardiaci. Quest' interruzione dell' azione del cuore può durare quindici, venti secondi, durante i quali la colonna del mercurio si abbassa. Continua allora ad oscillare con un abbassamento di 10 a 15 millimetri che dura qualche secondo, indi il mercurio riascende di 15, 20 ed anche 30 millimetri. In seguito il cuore batte più frequentemente.

Si concepisce ora facilmente come accada una sincope sotto l'influenza d'un dolore eccessivo, o di una viva emozione morale, giacchè le sensazioni esterne esercitano un'azione riflessa sugli organi interni e specialmente sul cuore.

Dietro le esperienze fatta coll' emo-dinamometro di *Poiseuille* si conchiude:

1.° Che quando toccasi leggermente la radice posteriore, succede una scossa nei muscoli della coscia, e la colonna mercuriale si arresta a 0^m,070 e poco dopo si abbassa di 5 a 10 millimetri. Dopo venti o venticinque secondi la colonna s' innalza ancora di 0^m,005 a 0^m,010 al disopra dei 0_m,070. Questa nuova oscillazione del mercurio dura 15 a 20 secondi, dopo i quali ritorna ai 0^m,070, pressione iniziale.

2.° Toccando leggermente la radice anteriore, si osserva

un fremito nella coscia, ed immediatamente un' elevazione della colonna mercuriale senza che questa si fosse prima abbassata. Questa elevazione dura minor tempo di quello accada dopo l' eccitazione della radice posteriore.

Troncata la radice anteriore, toccato il moncone centrale, non si scorge alcun fenomeno che dia segno che l'individuo ne risenta, mentre toccando il moncone periferico, si hanno le eguali reazioni ne' muscoli e nel cuore come se la radice fosse ancora in continuità col midollo.

Troncando una radice posteriore, lasciando intatta l'anteriore corrispondente, non si hanno segni di reazione toccando il troncone periferico. Portando l' esperimento dai nervi spinali al facciale si è veduto che il moncone periferico della sua branca superiore è sensibile come quello di una radice anteriore spinale.

Dopo la sezione dei due *vaghi* la colonna mercuriale si abbassa alcun poco, e stuzzicate le radici dei nervi spinali si ottengono le stesse reazioni sul moto del cuore segnalate più sopra per le due radici, prova questa che la loro azione non è trasmessa al cuore per mezzo dei pneumogastrici. Mano mano che l'animale s' indebolisce, va diminuendo la pressione del sangue, abbassamento che è sempre in relazione con una diminuzione della sensibilità.

Comprimendo una carotide, i battiti si fanno più forti nell'opposta, fenomeno questo che più non si ottiene se si eseguisce dopo aperta la spina, quando l' animale è indebolito.

Per avere una nozione esatta sui fenomeni della circolazione arteriosa e sulle indicazioni date dagli istrumenti manometrici, bisogna distinguere ciò che appartiene alla pressione arteriosa, e ciò che spetta alla pulsazione o alla contrazione del cuore, evitando possibilmente che queste indicazioni sieno alterate dai moti respiratorii.

Se s' introduce l'istrumento nelle arterie, si avrà il risultato della pressione arteriosa invariabile e delle pulsa-

zioni del cuore variabili. Se invece s'introdurrà direttamente nel ventricolo cardiaco, allora non si avrà più che la pressione variabile del cuore. Coll'emometro dell'Autore si trova chiaramente che la pressione costante è sempre la stessa nei differenti punti del sistema arterioso, mentre la pressione cardiaca va diminuendo a misura che si allontana dal cuore.

Nel sistema venoso poi la pressione del sangue dipende esclusivamente dai movimenti che si eseguiscono nella parte dalla quale la vena proviene. Così lo stuzzicamento dei nervi non vi produce modificazione alcuna, a meno che non dia luogo a moti muscolari.

Può darsi il caso che toccando i nervi sensorii si possano determinare dei moti senz'alcuna manifestazione di dolore. Così irritando colla punta di un bistorì il ramo auriculare posteriore in un gatto, l'orecchio è preso da moti convulsivi, senzachè l'animale dia segno di dolore. Tagliato il nervo stesso, il che dà luogo ad un vivissimo dolore, e stuzzicato il moncone periferico, non si ottengono ulteriori movimenti. Questi adunque dipendono da una sensazione particolare dolorosa nell'orecchio della quale l'animale cerca di sbarazzarsi col moverlo. Si ha infatti una leggera irritazione d'un nervo sensorio che si localizza nelle sue estremità, pari al dolore del mignolo e dell'anulare comprimendo l'ulnare al cubito.

Si abbracci sulla natura del gran simpatico la teoria di *Bichat* o quella del *Valentin*, certo è che si trovano i nervi gangliari differire dai cerebro-spinali. Oltre al predominio dei tubi nervosi fini, si osservano in questi nervi degli elementi nervosi particolari, dette *fibre del Remak*, fibre che si crede costituiscano uno stato speciale di sviluppo del sistema nervoso, intermedio alla cellula ed alla fibra nervosa propriamente detta. Anche i ganglii dell'intercostale non sono simili a quelli dei nervi spinali, perchè contengono cellule multipolari e perchè danno origine a filamenti ner-

vosi. — A queste differenze anatomiche corrispondono necessariamente delle diversità fisiologiche.

Applicando una debole corrente elettrica, capace di eccitare un nervo motore spinale, a un filamento del gran simpatico, come al filamento di comunicazione fra i due ganglii cervicali nel coniglio, non si scorgono effetti pronunziati. Occorre l'applicazione d'una corrente molto più forte per dar luogo ad una identica azione motrice, a contrazioni dei vasi, alla dilatazione od allo stringimento della pupilla, allo scolo della saliva, ecc.; l'elettricità però agisce meno rapidamente in questo sistema e la sua azione si mantiene anche qualche istante dopo l'applicazione dell'eccitante.

I movimenti riflessi che hanno luogo irritando i varii centri o filamenti nervosi gangliari provano la sensibilità del gran simpatico: così applicando dell'aceto nel duodeno cola bile ed umore pancreatico; eccitando col galvanismo il moncone superiore del ramo di comunicazione fra il primo e il secondo ganglio toracico otteniamo forti contrazioni nello stomaco nell'intestino tenue; irritando il ganglio celiaco si contrae il grosso intestino. Dietro tali fatti è duopo ammettere in questo, come nel sistema cerebro-spinale, dei rami sensorii centripeti. L'Autore crede, benchè gli esperimenti non lo provino, che il nervo motore simpatico possa essere eccitato al pari del nervo motore cerebro-spinale per mezzo della corrente muscolare, poichè i muscoli della vita organica danno una corrente muscolare al paro di quelli della vita di relazione. Il gran simpatico risente inoltre l'eccitamento metallico, che è molto attivo sui nervi cerebro-spinali. Ecco in che consiste questa eccitabilità metallica:

Se coll'estremo d'un nervo reciso toccasi direttamente del mercurio, una lastra d'acciajo, di rame, di platino, non si ottengono contrazioni. Se invece si appoggi l'estremo del nervo troncato sul metallo, indi, piegando il nervo stesso, si adagi prima sopra un corpo isolante, poi di nuovo sul metallo, nel momento che l'ansa nervosa, la quale neces-

sariamente si forma in seguito a questo maneggio, tocca il metallo, si ottengono una o più contrazioni.

Si ottiene l' eguale risultato di contrazione nella zampa di una rana applicando l' estremo del nervo preparato alla faccia longitudinale d'una coscia troncata, sollevando il mezzo del nervo stesso con un uncinetto isolante e facendogli toccare coll' ansa la faccia trasversale della coscia stessa; se si opera in senso inverso, si ottengono bensì delle contrazioni, ma in modo meno regolare e spesso solo quando si fa cessare il contatto dell' ansa nervosa colla superficie longitudinale del muscolo. Se noi applichiamo il nervo tanto sulla faccia esterna che sulla troncata della coscia, senza sollevarla nel mezzo coll' uncino, non si ottengono contrazioni. — La corrente muscolare od elettrica si dirige dalla faccia longitudinale, positiva, alla trasversale, negativa. — Perchè avvenga la contrazione occorre che il nervo tocchi successivamente la superficie longitudinale e la trasversale, e che le due parti del nervo che toccano la faccia longitudinale e la superficie trasversale, siano isolate da una porzione del nervo sollevato.

La superficie della pelle e quella dei muscoli sono elettrizzate in un modo opposto; la pelle è elettrizzata negativamente ed i muscoli lo sono positivamente, la superficie interna della cute lo è in modo positivo, ed in modo negativo la sua faccia esterna. L'A. dimostra la esistenza di una corrente muscolo-cutanea che va dalla superficie longitudinale dei muscoli, considerata come positiva, alla superficie della pelle, considerata come negativa; e di una corrente che va dalla superficie interna della pelle, positiva, alla faccia esterna, negativa. Di tutte le correnti elettriche però la muscolare è la più forte, indi la muscolo-cutanea, finalmente la cutanea. Può darsi eziandio una corrente elettrica in un solo muscolo, dal tendine alla sostanza muscolare, o da un muscolo all'altro. Gli organi ghiandolari ne sembrano completamente sprovvisti.

L'Autore concede che è difficile per ora dare un significato fisiologico a tutte queste correnti.

Benchè i movimenti prodotti dai nervi della vita organica e della vita animale sieno identici nel loro meccanismo, pure le attribuzioni dei nervi motori della vita di nutrizione sono più svariate, intervenendo nel meccanismo di certe manifestazioni puramente fisiche o chimiche.

Gli esperimenti provano all'evidenza le proprietà motrici e sensorie del gran simpatico, benchè non si riscontrino in esso due ordini di radici nervose essenzialmente distinte. La sensibilità speciale a questo nervo venne caratterizzata col nome di *sensibilità riflessa*; essa è incosciente, ossia incapace di provocare reazioni volontarie, ed atta soltanto a produrre azioni riflesse speciali. I filamenti e i ganglii del gran simpatico anche irritati, non sono suscettibili di sviluppare dolore; ed i movimenti che avvengono nel tronco dietro le irritazioni del ganglio semilunare, presi dal *Flourens* per segni di dolore, non sono che movimenti riflessi. L'A. osserva inoltre che allorquando si pizzica un ganglio, nel luogo compresso si forma una specie di contusione brunastra, ciò che non avviene agendo sulle altre parti del sistema nervoso.

I dolori che si sviluppano durante un processo infiammatorio, mostrano assai probabile che tanto negli organi della vita organica, come in quelli della vita di relazione, esistano i due modi di sensibilità, con questa differenza che nello stato normale una di queste sensibilità è mascherata dall'altra, benchè in date circostanze il fenomeno più oscuro possa a sua volta predominare.

I ganglii del gran simpatico non farebbero l'ufficio di centro per un certo numero di filamenti nervosi che rappresenterebbero le radici posteriori, mentre i nervi motori prenderebbero la loro origine nel midollo spinale? Questi ganglii sarebbero realmente un piccolo cervello che invierebbe al midollo dei filamenti sensorii incoscienti e motori, mentre

sarebbero poi forniti essi stessi dal midollo di soli nervi motori? Ecco alcune domande alle quali l'Autore non sa rispondere, confessando regnare in questi punti una profonda oscurità.

Esaurita in tal modo la parte spettante alle funzioni dei nervi spinali ed anticipate alcune nozioni sul gran simpatico, passa il nostro Autore a discorrere dei centri nervosi ed in primo luogo del midollo spinale. Il suo limite superiore corrisponde anatomicamente al foro occipitale e merita di essere conservato, imperciocchè il midollo entrando nel cranio, assume una struttura più complessa, e nuove attribuzioni vengono ad aggiungersi alle funzioni devolute alla porzione intraspinale di questo centro nervoso. Il midollo spinale non deve essere considerato come un semplice conduttore, ma eziandio come organo centrale fornito di proprietà caratteristiche.

È formato di sostanza bianca esterna e grigia interna, la prima più o meno sensibile, l'altra insensibile. La disposizione e le proprietà di queste sostanze si presentano in ordine inverso a quello manifestato nel cervello, le cui parti centrali bianche sono sensibili, e le periferiche grigie insensibili. Pure la sensibilità non è parimenti sviluppata in tutte le parti dei midollo. Il fascio anteriore è sensibile per la sensibilità rirorrente; e questa sensibilità scompare se si taglia la radice anteriore. Il fascio laterale è pure fornito della sensibilità ricorrente, ma conserva ancora in parte la sensibilità allorquando quella del fascio posteriore è completamente scomparsa. Finalmente il fascio posteriore è costantemente sensibile, e fornisce di sensibilità il fascio anteriore e laterale, non già direttamente per mezzo della sostanza stessa del midollo, ma indirettamente per via dei nervi. I fisiologi che hanno creduto affatto insensibili le colonne anteriori del midollo, sono caduti in errore per averle cimentate appena aperto lo speco e per non aver lasciato scorrere dopo l'operazione quel lasso di tempo che l'Autore

crede necessario perchè l'animale si trovi in uno stato prossimo al fisiologico. La sensibilità dei fasci anteriori può anche venire esagerata, esagerando la stessa sensibilità ricorrente.

Se si taglia, per esempio, una metà laterale del midollo, la sensibilità ricorrente delle radici anteriori situate al disotto della sezione, si fa esagerata. Si osserva contemporaneamente che il fascio anteriore del midollo, ove finisce questa radice, è nello stesso caso. Finalmente, se si taglia la radice posteriore, ogni sensibilità scompare nella radice e nel fascio anteriore, ciò che prova essere per quest'unica via che la sensibilità proviene dal fascio posteriore negli altri fasci del midollo. Se poi si taglia di traverso il midollo, si trova affatto insensibile il suo moncone inferiore, sensibile invece in ogni punto il superiore, sensibilità che a poco a poco scompare prima nei fasci anteriori, poi nei laterali.

La paralisi negli arti posteriori di un animale (rana) dopo il taglio del midollo verso il suo mezzo, è una prova evidente che quest'organo è conduttore del moto e del senso.

Bell stabiliva che la colonna posteriore fosse la conduttrice del senso, la laterale del moto involontario, l'anteriore del moto volontario. Gli esperimenti hanno smentita questa teoria stabilita *a priori.*

Se si tagliano le tre colonne da un sol lato, invece di aver perdita di senso e di moto dal lato corrispondente, noi abbiamo anzi esaltamento di sensibilità, e la trasmissione delle sensazioni al cervello è conservata, il che può essere spiegato per l'incrociamento dlle fibre sensitive.

Se si tagliano tutte le parti bianche dell'altra metà rimasta intatta, la sensibilità persiste; e l'animale non sente, se irritasi la sostanza grigia rispettata dalle fatte sezioni. Le parti bianche le quali non trasmettono la sensibilità sono dunque le sole sensibili, mentre la sostanza grigia, comple-

tamente insensibile, è la sola che abbia la proprietà di trasmettere le impressioni sensorie.

La sensibilità quindi non si trasmette dalla periferia al centro per una fibra continua, perchè la fibra sensoria arrivata alla sostanza grigia vi si perde; le cellule diventano l'intermediario fra la percezione e il cervello; questo elemento conduttore è insensibile; è un nuovo organo. Concludendo, le ultime esperienze permettono di constatare che la trasmissione della sensibilità si compie nel midollo per mezzo della sostanza grigia che comunica necessariamente colle fibre delle radici posteriori.

La sensibilità che dalle radici posteriori si trasmette attraverso al midollo può essere con o senza coscienza.

Nel caso di sensibilità con coscienza l'impressione è condotta fino al cervello, e dopo la percezione trasformata per opera dell'intelligenza in una reazione motrice con coscienza. La volontà è in questo caso l'ultimo termine che precede il movimento.

Nel caso di sensibilità senza coscienza la sensazione non è percepita, benchè vi sia movimento, reazione alla quale non hanno preso parte l'intelligenza e la volontà e che chiamasi moto riflesso.

Il movimento volontario propriamente detto è un movimento spontaneo, prodotto senza il concorso di alcun eccitamento esterno. L'eccitante interno che gli dà luogo prende il nome di volontà, e si può concepire proveniente da una sensazione anteriore, conservata allo stato di ricordanza, dimodochè l' eccitante volontario partirebbe direttamente dall' encefalo ai nervi motori, mentre tutti i movimenti involontarii partono dalla superficie esterna od interna del corpo. Ciò si prova troncando il midollo spinale od esportando gli emisferi, nel qual caso non si hanno più moti volontarii, sussistendo gli involontarii.

L'Autore non ammette una fibra nervosa motrice unica, organo di trasmissione della volontà dall' encefalo al mu-

scolo, ma dietro esperimenti fatti col curaro e colla stricnina, stabilisce che esista una parte speciale fra l'encefalo e il nervo motore, la quale non è la fibra motrice, destinata a trasmettere l'influenza della volontà, cosicchè la contrazione d'un muscolo sarebbe l'ultima espressione d'una serie di fenomeni concatenati gli uni agli altri, ma essenzialmente differenti per la loro natura.

Dietro altri esperimenti eseguiti col curaro sembra all'A. assai probabile l'opinione che la trasmissione della volontà dal centro encefalico al nervo periferico si compia per mezzo degli organi della sensibilità. Se fosse provato che la volontà non è che una trasformazione della sensibilità, bisognerebbe giungere a questa conclusione: che ogni movimento ha per punto di partenza un fenomeno di sensibilità, che ora si esplica alla superficie encefalica sotto l'influsso d'una rimembranza, d'una sensazione anteriore, d'una impressione destata dall'afflusso del sangue o da qualunque altra causa, ora si determina alla superficie del corpo sotto l'influenza d'un eccitamento esterno.

I moti riflessi sono prodotti dall'eccitamento sensorio senza intervento della coscienza e sono dovuti unicamente all'influenza che esercita la radice sensoria sulla radice motrice. L'eccitamento portato sul nervo sensorio arriva al midollo, si propaga per esso alla radice anteriore e per quest'ultima ai muscoli. Cogli esperimenti si prova che troncando la radice anteriore o la posteriore, o distruggendo il midollo, non si hanno più moti riflessi. Essi ci mostrano nella sua più grande semplicità l'insieme delle azioni nervose. Nel compimento dell'atto nervoso completo si scorgono tre manifestazioni distinte: 1.° sensazione; 2.° trasformazione di questa sensazione in eccitamento motore; 3.° movimento. Il secondo tempo, o trasformazione dell'eccitamento sensorio in eccitamento motore, si può compiere con o senza l'intervento dell'intelligenza. — Si è cercato di sapere come possa prodursi questo ritorno, questa riflessione dell'influenza

nervosa, come si stabilisca la comunicazione tra la radice posteriore e l'anteriore, e come in questo tragitto l'eccitamento cangi di natura. Ecco l'opinione del nostro Autore su questo punto:

Le radici anteriori nascono nel midollo da cellule gangliari abbondantissime nel corno anteriore della sostanza grigia, le quali formano l'elemento conduttore, che stabilisce la comunicazione fisiologica tra le due radici. Benchè non si sappia se le fibre della radice posteriore siano, o no, in comunicazione colle cellule speciali, pure si conosce che le cellule del corno posteriore, nervose o puramente cellulose, comunicano colle cellule gangliari donde partono le fibre della radice anteriore, del nervo motore. Da queste cellule del corno anteriore partono dei filamenti che si dirigono dal lato opposto del midollo, in alto ed in basso. Dunque tutte le cellule della sostanza grigia comunicano fra di loro e ciascuna di esse rappresenta l'immagine di un vero centro.

I movimenti riflessi prodotti da irritazioni artificiali non sono in relazione esatta coll'estensione della superficie irritata, quindi ne segue che la impressione sensoria trasmessa ai centri nervosi vi si generalizza e produce movimenti non limitati al solo ramo esplorato.

Questa generalizzazione è dessa dovuta alla continuità delle fibre, o alla trasmissibilità dell'impressione attraverso le cellule? L'A. si arresta a quest'ultima idea, essendo appunto la sostanza grigia nei fenomeni riflessi l'intermediario fisiologico che unisce le radici posteriori alle anteriori. Essa si compie per mezzo dell'elemento sensorio e non dell'elemento motore. Le cellule comunicando col nervo sensorio trasmettono l'impressione sensoria più o meno lontano secondo la di lei intensità. Così la reazione motrice riflessa si può generalizzare o restringere secondo l'intensità che la mette in giuoco. (*Continua*).

Archiv für ophthalmologie, *etc.* — **Archivio di ottalmologia**; *pubblicato in Berlino dai signori professori* **ARLT**, **DONDERS** *e* **GRAEFE.** *Vol. III, Parte II, di pag.* 560, *con tre tavole.* — *Estratto del dott.* **R. Gritti.** (*Continuazione della pag.* 390 *del precedente fascicolo*).

VII. *Dissertazione sullo stafiloma della coroidea; del dottor* Sichel, *di Parigi.*

L'esimio Autore espone quanto imperfetta sia la denominazione degli stafilomi e quanto difficile sia il definirli.

Lo stafiloma di cui egli imprese a trattare, viene da esso denominato della coroidea, e non già della sclerotica, come abitualmente è in uso. Egli ha ciò fatto in base principalmente alla sede della condizione patologica, giacchè se a noi si offrisse l'occasione di esaminare anatomicamente tale stafiloma nei primordii di sua evoluzione, troveressimo il processo flogistico della coroidea che ne è la causa.

Secondo l'Autore gli stafilomi coroideali vengono suddivisi come segue:

A. Stafiloma anteriore della coroidea.

1.° Stafiloma anteriore, propriamente detto.

a. Stafiloma spontaneo.

b. Stafiloma traumatico.

2.° Stafiloma del corpo ciliare.

a. Stafiloma spontaneo.

b. Stafiloma traumatico.

B. Stafiloma posteriore della coroidea.

Dello stafiloma anteriore spontaneo.

Qui si fa cenno di una specie di stafiloma che l'Autore riscontrò nel vivo e di cui non è ancora stato fatto alcun cenno. Essa viene preceduta da una coroideite circoscritta con infiammazione del tessuto celluloso sottocongiuntivale. La si trova ordinariamente a qualche linea dal margine della sclerotica sotto l'aspetto di un rialzo della congiuntiva grosso quanto la capocchia

di uno spillo, che s'assomiglia talvolta ad una pustola da congiuntivite scrofolosa.

I sintomi che accompagnano questo processo ponno circoscriversi al solo punto stafilomatoso, ovvero estendersi a tutto il segmento anteriore sclerotideo. Vi può esser dolore muto nel bulbo, senso di tensione, congestione nelle membrane esterne e particolarmente nell'anello venoso attorno la cornea. La sclerotica si colora al suo segmento anteriore in bleu grigio, in bleu di ardesia, di piombo. Se l'infiammazione non viene domata, cresce lo stafiloma circoscritto, si distende la sclerotica e la congiuntiva, ed appare il tumoretto di colore ardesiaco coperto da fibre splendenti della sclerotica a 2-3 linee dal margine della cornea, quindi al di dietro del corpo ciliare. Se tale stafiloma dura molto tempo, può estendersi specialmente verso l'equatore del bulbo; se sono parecchi, essi possono fondersi assieme dando origine ad un anello stafilomatoso pericorneale d'aspetto bleuastro ed a superficie irregolare, gozzuta, (stafiloma totale anteriore della sclerotica *di parecchi autori*, cirsoftalmia *di altri*). In questo caso vi è già amaurosi.

Stafiloma anteriore traumatico della coroidea.

Per traumatico l'Autore intende quello stafiloma che dipende da una violenza esterna ovvero da una spontanea esulcerazione della sclerotica. Esso si presenta fin dal primo momento di tinta brunochiara che si fa ardesiaca, e finalmente si copre di uno strato di linfa plastica più o meno uniforme. Intanto lo stafiloma si appiana e si fa più resistente alla pressione centrifuga degli umori endoculari per l'inspessimento di detta pseudomenbrana, la quale può raggiungere una tessitura fibrosa e portare a guarigione lo stafiloma.

Quando non ha luogo tale deposizione di linfa sullo stafiloma, questo si mantiene del colore e forma indicata, ovvero cresce in volume e si fa sferico o peduncolato.

L'esulcerazione della sclerotica è cosa assai rara; l'Autore non la vide mai in quei casi di oftalmie pustolari dipendenti da vizio sifilitico o scrofoloso. quand' anche profondamente radicato.

La cura di questo stafiloma è assai semplice. Giova l'atropina quando nello stafiloma vi sia compresa una parte dell'iride, o mi-

nacci di esserlo. L'infiammazione si vince con bagni freddi ghiacciati. Se lo stafiloma è grande e peduncolato, conviene esportarlo in parte od in totalità, quindi praticare la chiusura delle palpebre mediante taffetà inglese, e soprapporvi fomentazioni ghiacciate. Che se la cicatrizzazione si fa lentamente o se minaccia lo stafiloma della jaloidea, occorre in tal contingenza l'applicazione di un collirio di laudano o leggeri tocchi di nitrato d'argento. Nel caso che l'escisione dello stafiloma non sia indicata, conviene nulladimeno il laudano, la tintura tebaica, ed un grado moderato di compressione.

Stafiloma del corpo ciliare.

Gli autori hanno chiamata impropriamente questa forma col nome di stafiloma anulare della sclerotica o della coroidea. Nello stafiloma in discorso non si trova compreso che il corpo ciliare, quasi mai in totalità, qualche volta con porzione dell'iride. La condizione patologica di questo processo è l'infiammazione del corpo ciliare, la quale può esser riconosciuta fin dal principio, presentando essa all'esterno l'aspetto della sclerite limitata al segmento anteriore. Si osserva dapprima la formazione di striscie bleuastre le quali corrispondono ai processi ciliari distesi, poi avviene la loro riunione in gruppi isolati con incipiente ectasia della sclerotica corrispondente. Queste striscie si fondono assieme formando un cerchio pericorneale di piccoli stafilomi, e finalmente si vede la riunione di questi parziali stafilomi in un anello pericorneale, il che non è però sempre costante.

Stafiloma posteriore della coroidea.

La natura di questo stafiloma è analoga all'anteriore. Esso ha principio costantemente al lato esterno del nervo ottico, più tardi può formarsene un secondo al lato interno.

L'Autore distingue quest'affezione in tre gradi, a seconda delle alterazioni anatomiche. Il microscopio non offre sul principio dello stafiloma che un cangiamento di forma, un assottigliamento della coroidea e scolorimento; vi si vedono più tardi degli elementi fibroplastici, l'aderenza della retina colla coroidea, di questa colla sclerotica, poscia l'atrofia de' suoi elementi, come pure di quelli della

retina, la quale talvolta è totalmente scomparsa. La vista deperisce in proporzione che cresce lo stafiloma, di modo che nell'ultimo stadio v'è amaurosi completa in quella porzione della retina alla quale corrisponde il processo in discorso. Le necroscopie riferite dall'Autore servono a conferma di quanto egli asserisce.

Gli esiti di quest'affezione sono: 1.° guarigione; 2.° sospensione del processo; 3.° aumento dello stafiloma fino alla rottura delle sue pareti.

Fra le cause dirette vuolsi riguardare principalmente la costituzione venosa e tutte le manifestazioni di quest'abito, l'età media, la sospensione di abituali secrezioni, le metastasi, i reumatismi, ecc. In riguardo alla diagnosi quest'affezione non potrebbe esser confusa che colla melanosi dell'occhio e con una specie di idroftalmo che distende la sclerotica circostante alla cornea (1).

Cura degli stafilomi della coroidea.

Finchè sussiste infiammazione, bisogna trattarla energicamente col metodo antiflogistico; vinta che sia, conviene fare il meno possibile. Il collirio di laudano talvolta giova, ma più di frequente è insufficiente od irrita troppo. Anche la compressione metodica non deve esser considerata che qual mezzo coadiuvante. Nei gradi elevati il miglior metodo è la puntura dello stafiloma e quindi la cauterizzazione con nitrato d'argento, ovvero con butirro d'antimonio. Se lo stafiloma è assai piano, basta la cauterizzazione superficiale, da ripetersi due volte alla settimana o più di frequente, onde favorire la formazione di un trasudamento sulla superficie stafilomatosa. Si useranno fomenti freddi, poscia si instillerà la tintura tebaica od il laudano.

Quando l'affezione è grave e lo stafiloma tende a riprodursi, ovvero quando la cauterizzazione risveglia troppa reazione, è duopo allora escidere lo stafiloma alla sua base col coltello di *Beer*, procedendo dal basso all'alto.

Compita l'esportazione, si vuota parte dell'umor vitreo, il che

(1) L'ottalmoscopo vale in questo caso a togliere ogni dubbio sulla diagnosi.

favorisce l'avvicinamento dei margini e la formazione di una cicatrice talvolta lineare. Se non ha luogo lo svuotamento del vitreo, allora la guarigione avviene per seconda intenzione, cioè col processo di granulazione. Se questo decorre lentamente, ovvero se le granulazioni sono troppo rigoliose, giova il caustico, o la tintura d' oppio.

L' Autore presentando questa Memoria si scusa di non averla potuta corredare di tutte quelle osservazioni che da parecchi anni ci ha fornito l' ottalmoscopia, giacchè è opera scritta da molto tempo (1841) e che egli, attese le sue gravi occupazioni, non ebbe agio di rifondere.

VIII. *Nuove csservazioni sul cisticerco riscontrato nell'interno e nell'esterno dell'occhio; del dott.* Graefe.

L'Autore ebbe nuove occasioni di vedere il *cisticercus cellulosæ* tanto entro l'occhio quanto nelle sue parti adiacenti. Lo riscontrò tre volte sotto la congiuntiva, una volta nel vitreo, ove si era sviluppato primitivamente, e quattro volte fra la retina e la coroidea; uno di essi fu visto lacerare la retina e penetrare nel vitreo.

Fra tali casi ve n' ha uno importante e degno d'esser conosciuto per l'atto operativo felicemente praticato nelle parti profonde dell'occhio, allo scopo di estrarre questo corpo che deve essere considerato come straniero. Eccone la storia. Ernesto Bauer, d' anni 56, soffriva da tempo indeterminato di tenia. Otto mesi prima del suo presentarsi alla visita del *Graefe*, inchinatosi a terra, ebbe un improvviso intorbidamento di vista all'occhio sinistro con oscillamento degli oggetti; tale fenomeno scomparve poco tempo dopo, ma si riprodusse poscia maggiore di prima e tale si mantenne costantemente. La vista centrale era in detto occhio assai limitata, e la periferica della porzione superiore della retina totalmente abolita. Coll' ottalmoscopo vedevansi molti corpi mobili del vitreo assai suddivisi, non che una vescicola di cisticerco dotata di un prolungamento retrattile (il capo), la quale sembrava poggiasse direttamente sulla superficie posteriore della lente. Il *Graefe* tenne sotto osservazione questo paziente per qualche tempo e vide progredire l'offuscamento di vista, e formarsi una injezione della congiuntiva. Questo aggravamento progressivo persuase l'Autore di

dover fare qualche tentativo efficace per allontanare un corpo, che agiva funestamente sulla funzione dell'occhio. Le difficoltà di un atto operativo erano gravi, poichè l'entozoa non era chiaramente visibile che a mezzo dell'ottalmoscopo. Come praticarne dunque l'estrazione sotto il rischiaramento dell'ottalmoscopo? Si decise finalmente per la seguente operazione distinta in due atti: il primo per rischiarare il corpo vitreo e distinguere l'entozoa senza concorso della luce artificiale, il secondo per compiere la estrazione dello stesso; formò un largo coloboma della pupilla ed escise una parte dell'iride onde scoprire il margine della lente più prossima alla vescicola del cisticerco ed in tal modo potè vedere a luce naturale questo corpiciuolo. Allora allo scopo di estrarlo praticò una puntura nella sclerotica, impiantando l'ago da cataratta alquanto più indietro del luogo di elezione per la reclinazione. Ritirato l'ago, introdusse per essa una pinzetta capsulare (*pince capsulaire*) e fece presa sulla vescicola che gli sfuggì, ma ripetuta la presa sul collo della stessa, riuscì ad estrarla lacerata, essendo il foro sclerotideo assai piccolo.

La lunghezza dell'entozoa apparve di 7 millimetri; la sua grossezza non potè esser stabilita perchè la vescicola fu lacerata.

La reazione che tenne dietro a questa operazione fu assai moderata, probabilmente attesa la preceduta iridectomia. Il grado di vista migliorò di poco, ma cessò l'irritazione preesistente. Sei mesi più tardi il paziente fu veduto dal *Graefe*, che lo trovò affetto da cataratta in detto occhio. L'Autore crede che tale successione morbosa non sia riferibile al trauma dell'operazione, poichè in tal caso essa avrebbe dovuto svilupparsi assai prima, ma bensì all'affezione profonda del corpo vitreo.

Dell' azione di alcuni veleni sugli organi del moto e del senso. — *Estratto del prof. cav.* ***Francesco Cortese.***

Le controversie che si sono agitate in questi ultimi tempi intorno alla irritabilità muscolare, diedero luogo a sperienze svariate e interessanti, fra le quali sono degne di particolare consi-

derazione quelle eseguite mediante alcuni veleni, che hanno un'azione più o meno imponente sul sistema dei muscoli. È noto che *Bernard* osservando i fenomeni che apporta sulle rane l'avvelenamento col *curaro*, volle trovarvi un appoggio alla teoria dell'irritabilità, contro la quale si è poi pronunciata l'opinione di *Eckhard*. *Kölliker* più tardi modificò lo sperimento di *Bernard*, in modo che divenne sommamente significativo. Presa una rana, e legate l'arteria e vena crurali di una sua gamba, la avvelenò poi col curaro dalla parte del dorso; il veleno pervenne bensì al plesso ischiatico ed ai tronchi nervosi, ma non giunse ai rami, e surcoli muscolari; intantochè si esponeva anche l'altra gamba all'azione del veleno, per verificarne le conseguenze. Ora avvenne che dal tronco dell'ischiatico nella estremità allacciata si ottennero ancora per lungo tempo contrazioni spasmodiche col mezzo delle irritazioni elettriche (cioè colla pinzetta elettrica di *Bernard*); laddove nella estremità opposta poco dopo l'avvelenamento era succeduta la morte, cioè la cessazione delle contrazioni muscolari, malgrado che fosse vivamente irritata. Anzi ebbero luogo per lungo tempo altresì azioni riflesse per mezzo di quel tronco nervoso, nè sofferse il medesimo l'influenza del veleno se non dopo lentissimo processo di tempo e di azione. Dal che venne a dedursi, che il curaro attacca i tronchi nervosi poco, e tardi, e che se nel membro non allacciato i muscoli dopo breve ora dall'avvelenamento non diedero contrazioni pel tramite del tronco nerveo, non devesi cercarne la causa nella paralisi del nervo medesimo; ma sì bene nella cessata attività dei filamenti minuti, e probabilmente di quelli appartenenti all'interno del muscolo.

Kölliker allacciò in seguito l'arteria e la vena crurale a metà della coscia, recise tutto di traverso il membro al di sotto del luogo della legatura, risparmiando il solo nervo ischiatico, e avvelenò la rana alla cervice. Come nei primi esperimenti, si manifestarono movimenti spontanei ed effettivi nell'arto amputato, azioni riflesse per mezzo del nervo ischiatico in lui da varie parti del corpo, mentre il rimanente era del tutto paralizzato. Dopo due ore e mezza il pezzo di nervo scoperto era ancora irritabile; e finalmente successe l'attossicamento anche del tronco nervoso, mentre la coscia amputata rimaneva tuttora capace d'eccitamento.

Per determinare d'onde proceda questo fenomeno dei nervi motori, d'essere così poco suscettivi all'azione del curaro, recise *Kölliker* il cuore alla rana snbito dopo incominciato l' avvelenamento, collo scopo d' impedire che arrivino ai rami, per mezzo della continua circolazione, nuove quantità di veleno, e dimostrare così, se la stessa dose che uccide le estremità delle fibre motrici basti a paralizzare i tronchi. Derivò da questa sperienza che la stessa dose di veleno che annienta in pochi minuti le terminazioni nervose, attacca i tronchi appena dopo 3 ½ — 4 ½ ore; laddove a circolazione non interrotta, e perciò col concorso di dosi più elevate, esse si paralizzano bensì più tardi delle estremità, ma pur sempre assai più prestamente, cioè in una o due ore.

Da ultimo lo stesso Autore provò di legare la vena e l'arteria d' un muscolo, per sottrarre il veleno alle sole fibre motorie del muscolo stesso. — E quantunque l'esperienza non riuscisse completa (nel gastronemio d' una rana, la di cui circolazione era almeno in gran parte interrotta) si osservò tuttavia, che mentre tutti gli altri muscoli della gamba erano paralizzati ed insensibili alle irritazioni portate per mezzo dei nervi, il gastronemio si manteneva ancora irritabile, atto a riflessioni, e contrattile esso solo quando si stimolava l' ischiatico. Questa sperienza dimostra, che eziandio i tronchetti dei nervi muscolari mantengono più a lungo la loro eccitabilità, di quello che facciano i rami interni del muscolo.

Per le quali cose opina *Kölliker*, potersi dubitare bensì, con *Eckhard*, che l'irritabilità muscolare sia una cosa affatto conclusa; ma potersi altresì obbiettare ai succitati esperimenti, che il curaro non paralizzi tutti i nervi intrinseci ai muscoli; lasci per converso intatte le terminazioni più attive, quantunque possa venire un giusto sospetto che annulli l' efficacia appunto delle più dilicate, prive di guaina, e ridotte alle vere condizioni di semplici assi del cilindro.

Molte altre sperienze ha istituito il *Kölliker* intorno alla facoltà del *curaro* (urari, woovara), nonchè d'altri veleni diversi, la massima parte sulle rane. Venne adoperato il curaro o in pezzetti di 1-2 centigrammi introdotti entro ferite cutanee, o in soluzione acquosa injettata sotto la pelle. L'azione venefica s'annunciò sempre fra 2-3 minuti; e non mai più tardi di 3-5 l'animale

era incapace di moto, ed apparentemente morto. Giammai venne osservato tetano o convulsione. Quando erano estinti i movimenti volontarii, non si potevano conseguire mai più moti riflessi. I moti respiratorj rimanevano sospesi; i cuori linfatici s'arrestavano in istato di diastole. Il cuore sanguigno per converso, poco affetto dal veleno, continuava a battere per ore intere, fino a 24 ore dopo l'avvelenamento, anzi con aumento di numero delle battute. Nei mammiferi si presentavano fenomeni analoghi, eccettochè la morte succedeva rapida all'avvelenamento; se non che intrattenendo con arte la respirazione si potevano seguire ed osservare più chiaramente i singoli effetti, e confermare il fatto della durata dei moti cardiaci.

Il curaro agisce sull'organismo per mezzo del sangue; da questo sui nervi motori dei muscoli volontarj, più sollecitamente sulle estremità nervee inserite nel muscolo; più tardi sui tronchi. I muscoli volontarj anzidetti rimangono perfettamente irritabili, però con tendenza a semplici contrazioni locali. Anche i muscoli lisci mantengono sì fatta proprietà dopo la cominciata paralisi. Tutti presentano la corrente muscolare nella consueta direzione. Lo spinal midollo resta attivo a completa paralisi per lungo tempo, dando luogo a moti riflessi (quantunque sottoposto compiutamente all'azione del veleno), un'ora e mezzo dopo la paralisi dei nervi dei muscoli; in quelle membra però, le quali erano state guarentite dal veleno mediante la legatura dei vasi. La cessazione totale di questi moti riflessi, allorchè i nervi motori non rimasero paralizzati del tutto, può derivare dal cessare la corrente nei sensiferi, o l'attitudine riflessiva del midollo; e forse è quest' ultimo il caso; perciocchè dove la riflessione non si effettuava più, si poteva restituirne i conati, toccando il midollo colla stricnina. L'attività riflessiva del midollo spinale cessa più presto della facoltà d' agire sulle estremità nervee motrici, e di produrre contrazioni muscolari semplici, allorchè viene irritato. Il qual fenomeno è da *Kölliker* attribuito alla più tarda suscettibilità della sostanza bianca e dei tronchi nervosi all'azione del veleno, per la quale gli stimoli portati sul midollo non danno in seguito alcun movimento muscolare complesso, ma sì unicamente contrazioni semplici e locali, com'è detto qui sopra.

I nervi sensibili mantengono fino alle loro più sottili termi-

nazioni l'attitudine alla trasmissione ed alla impressionabilità, sinchè sono possibili le azioni riflesse negli avvelenamenti parziali, dal che risulta un gran divario in questo caso fra i nervi sensibili ed i motori. Anzi è molto dubbioso se i primi rimangano estinti dal veleno del curaro; mancando mezzi sperimentali per farne sicura esperienza, allorchè la stricnina giunge a ripristinare la facoltà riflessiva del midollo sospesa dal curaro medesimo. — Lo stesso *Kölliker* avverte doversi paragonare col mezzo della elettricità il modo di comportarsi di un nervo paralizzato da questo veleno, con un altro non paralizzato.

Dopo i nervi motori, la parte del sistema nerveo più impressionabile dal veleno è il cervello; talchè moti volontarj nei parziali avvelenamenti non si possono avere che nei primi tre o quattro minuti nelle parti paralizzate; i movimenti che succedono da poi sono d'incerta natura; com'è incerto altresì se la causa di sì fatti fenomeni derivi dalla sostanza cinerea, la quale è attaccata dal veleno con tanta rapidità.

Se è vero che le ritmiche pulsazioni del cuore dipendono dal sistema nervoso, bisogna ammettere che certi apparati nervei di quest'organo, o per meglio dire, che in esso si trovano, non restano affetti. Se si paralizzano i nervi vaghi, il cuore batte più rapidamente. Alle rane avvelenate col curaro se si taglia il cuore in due, si osserva come d'ordinario, il fenomeno, che le parti fornite di gangli continuano a pulsare, e non l'altre; del che può concludersi che i gangli non si paralizzano. Questa circostanza condurrebbe ad un altro risultato assai singolare; cioè che le contrazioni ritmiche del cuore dipenderebbero soltanto dalle cellule gangliari; perciocchè se in quella esperienza è dimostrata la estinzione di tutti i rami muscolari del cuore, non escluse le diramazioni motorie del simpatico, non rimane altro rifugio onde spiegare il fenomeno delle continuate contrazioni tranne quello di accagionarne l'influenza alle dette cellule gangliari; e così acquisterebbero importanza, secondo *Kölliker*, le cellule apolari del cuore. La quale sentenza parrebbe più conseguente dell'opinione del *Brown-Séquard*, *Schiff* ed altri, che appongono al sangue e non ai nervi le contrazioni ritmiche di questo viscere. Anzi sarebbe essa più consentanea al vero la prima sentenza, in quanto

che si accorderebbe colle condizioni embrioniche del cuore; durante le quali le pulsazioni derivano per intero dall'influenza di elementi cellulari nervosi. Locchè lungi dal sottintendere una indipendenza assoluta da apparati nervei, proverebbe soltanto come le primitive stratificazioni cellulose di questi apparati agiscono direttamente sovra gli elementi ancora cellulosi dell'organismo muscolare.

I nervi dei muscoli volontarj e delle glandule sembrano anch'essi restare paralizzati dall'azione di questo veleno, se si guarda a ciò che succede nel cuore per mezzo del nervo vago, nell'iride pel simpatico, nei cuori linfatici posteriori pei nervi proprj, nella membrana natatoria pei vaso-motori, ai moti peristaltici per lo splacnico, ed al modo di comportarsi del sottomascellare pei nervi delle glandule.

L'osservazione di *Bernard* sul tardo irrigidirsi dei muscoli delle rane uccise col curaro, venne confermata dal *Kölliker*, specialmente nei casi in cui, essendosi ottenuto un avvelenamento parziale, si ebbe a notare la rigidezza apprendersi soltanto alle parti non esposte all'azione del veleno.

Le soluzioni di curaro applicate localmente sui nervi, se sono concentrate li estinguono, però dopo lungo tempo, operando altresì sui rami nervosi intrinseci al muscolo. Applicate sul cervello e sul midollo riescono innocue, semprechè sia impedita ogni via d'assorbimento. Da ciò crede *Kölliker* poter inferire che questo veleno penetri ai nervi per la strada dei vasi, e per essi se ne imbevano le fibrille, con alterazione chimica dell'asse del cilindro.

La morte che apporta l'*Urari* è nei mammiferi la conseguenza della paralisi dei nervi respiratorj e dell'abolita respirazione, a cui in questi animali tengono dietro, quali sintomi accessorj, le convulsioni. Ma quantunque la stessa causa prossima stia a fondamento della morte anche delle rane, pure non è ancora in queste abbastanza chiara.

Somministrando il veleno in piccole dosi, si può distruggere l'azione e salvar la vita all'animale, ancorchè gli effetti sieno compiutamente comparsi e già sviluppata del tutto la paralisi. *Kölliker* osservò nella rana avvelenata con 1 milligrammo di curaro, circa al quarto giorno, ciò che avevano osservato *Fontana* nei serpenti

e *Walenton* in un'asina, tenuti in vita colla respirazione artificiale. Il cuore aveva continuate sempre le sue pulsazioni. In una rana dopo sei giorni le palpebre si aprirono e ricominciarono i moti respiratorj; un'altra si risvegliò l'8.° giorno e rimase l'indomani ravvivata pienamente; una terza prolungò 11 giorni il suo letargo. Questi animali erano stati tenuti fuori dell'acqua, ma sempre inumiditi.

La *coniina* si comporta in maniera analoga al curaro, cioè paralizza innanzi tutto i nervi motori, ed attacca meno fortemente il cervello, lo spinal midollo ed i nervi sensibili: non apporta alterazione al cuore ed ai muscoli, lascia scorgere anch'essa una resistenza forse maggiore nei tronchi. Rivela tuttavia un'azione locale caustica, per la quale i muscoli p. e. diventano subito incapaci di resistenza.

L'*oppio* produce nelle rane un tetano affatto uguale a quello della stricnina, senza che sia necessaria per questo la presenza del cervello. Nel che *Kölliker* si trova in opposizione colle opinioni di *Valentin* e di *Stannius*. Per ottenerlo si può non soltanto allontanare il cervello, ma sì anche il midollo, purchè non sia reciso sotto la quinta vertebra; perciocchè allora, come già notava *Harless*, non era più possibile ottenere moti riflessi. Per la via del sangue l'oppio non mostrò azione alcuna sui nervi periferici, potendo, secondo *Kölliker*, i risultati contrarj delle prime esperienze dipendere dall'azione puramente fisica delle soluzioni molto concentrate che vennero adoperate con locale applicazione. I muscoli che prendevano parte al tetano dell'oppio perdevano ben presto la loro irritabilità e divenivano subito rigidi, e questa rigidezza in alcuni casi incominciava intanto che il cuore continuava a battere. I muscoli lisci mostravano anch'essi di rimanere incapaci di contrattilità in brevissimo tempo. In un caso si vide il cuore pulsare ancora dopo 18 ore, quantunque dasse minore numero di pulsazioni. Durante l'accesso i cuori linfatici cessavano le loro contrazioni, ma battevano d'altronde irregolarmente di poi fino alla estinzione dello spinal midollo. Anche nelle rane il cervello mostrò sopraeccitarsi in principio per effetto dell'oppio: molto eccitabili erano del pari i nervi sensibili finchè duravano gli accessi tetanici, e cessando questi e succedendo a poco a poco la paralisi, non v'era più nulla a sperimentare sovra di essi. Que-

sti dati sperimentali sembrano a *Kölliker* molto concordi coi risultamenti tossicologici ottenuti da *Christison, Orfila* ed altri.

La *nicotina* paralizza rapidamente nelle rane il cervello ed abolisce i movimenti volontarj, eccita il midollo spinale ed allungato, producendo tetano passaggiero, non accompagnato da tendenza a riflessione, e terminando poi coll' esaurimento del potere nervoso. Introdotta nel sangue apporta la paralisi dei nervi motori, ma non sembra recar danno a quelli del senso. L'irritabilità muscolare non rimane alterata, ed il cuore continua a contrarsi.

Nella *veratrina Kölliker* ha scoperto un veleno specifico dei muscoli che paralizza gli striati molto rapidamente e li irrigidisce. Gli avvelenamenti operati dal curaro e dalla veratrina, mostrano che quest'ultima si comporta egualmente anche contro i muscoli, i cui nervi sono paralizzati e per ciò provano la sua azione diretta sulla fibra muscolare. Non rivela però facoltà alcuna sui tronchi dei nervi motori, nè v'è ragione alcuna a supporre che le loro estremità inserite nel muscolo si comportino diversamente. Sembra abbattere la eccitabilità dei sensiferi. Sul midollo allungato e spinale la veratrina appare eccitante e produttrice di tetano, che presto si dilegua, rimanendo alla sua scomparsa estinto il potere riflessivo. Durante il tetano si osservano ancora moti volontarj. Il cuore tanto negli avvelenamenti semplici, quanto in quelli operati col precedente uso dell'urari, diventa ben presto ineccitabile e rigido, probabilmente per la sua azione specifica sulla fibra muscolare. Applicato localmente in soluzioni diluite, agisce questo veleno non già sui nervi, ma sul midollo spinale ed allungato, e sulle masse muscolari.

Intorno alla *stricnina* si sono occupati particolarmente *Marshall-Hall, Harley* e *Kölliker*. Il primo ebbe per iscopo speciale di provare che la rana è il più sottile reagente di questo veleno e riuscì a scoprire la presenza di 1/1000 di grano d' acetato di stricnina sciolto in moderata quantità d'acqua per mezzo del tetano, da cui fu presa la rana immersa in questo liquido. *Harles* vide quegli animali divenire tetanici mediante l'injezione nel ventre di 1/2000, 1/4000, e perfino un 8 millesimo di grano di stricnina; anzi in una piccola rana, a cui venne injettato nel polmone gr. 1/16,000 di acetato, corrispondente a gr. 1/18,000 di alcaloide puro, comparve il tetano dopo nove minuti e mezzo, e

successe la morte dopo due ore. Intanto che una rana a cui s'era injettato nel ventre gr. 1/1000 di stricnina diventava tetanica in tre minuti, un'altra diventava tale in un'ora e mezza, inoculata sotto la cute colla dose medesima. Da tutto ciò tanto *Harley* che *Marshall-Hall* traggono il corollario, che la rana è il più sensibile reagente di questo veleno.

La *stricnina* introdotta nel sangue non ha influenza alcuna sui nervi motori (*Harley e Kölliker*). Paralizza quelli dei moti volontarii per sopraccitamento nel tetano, in maniera che diventano poco attivi od anche nulla affatto efficaci. Essa non altera per nulla i sensiferi (*Kölliker*). Il cuore sanguigno vi si mantiene indifferente. Eppure lo stesso *Harley* ricorda e riconferma un'esperienza d'*Arnold*, nella quale si rivelò che una piccola quantità di veleno stillato sul cuore lo rese tetanico. Questa circostanza viene da *Pavy* attribuita più presto all'azione del menstruo, che a quella della stricnina, la quale adoperata da sola gli si palesò sempre inefficace.

Il tetano provocato da questa sostanza venefica si rivela, o mediante irritazioni cutanee, o per uno stimolo al midollo ed al cervello, d'onde il *Kölliker* è portato alla conclusione ch'esso non soltanto esalti l'attività riflessiva del midollo medesimo, ma altresì che muti e scomponga i rapporti fra la sostanza cinerea e le fibre motrici. Dopo un tetano violento i muscoli diventano meno irritabili, e la rigidezza cadaverica succede più rapida.

Kölliker fece esperimenti co' due veleni uniti, curaro e stricnina. Avvelenata una rana con grani $^1/_{300}$ di *woorali* successe la paralisi in 3 minuti: grano $^1/_{120}$ di stricnina generò dopo 5 minuti il tetano. Rovesciata la prova si ebbe il seguente risultato: Una rana avvelenata con $^1/_{120}$ di grano di stricnina, e già colta dal tetano in 3 minuti, trattata con gr. $^1/_{300}$ di *woorali* sette minuti dopo era libera da questo fenomeno. Molto più interessante è l'esperimento che segue: injettati nel ventre grano $^1/_{300}$ di *woorali* e $^1/_{40}$ di *stricnina* si ebbe dopo 10 minuti il tetano, dopo 20 minuti la rilassatezza perfetta, e l'indomani il perfetto ben essere della rana. Queste due sostanze, secondo le illazioni di *Harley*, si neutralizzano reciprocamente.

Harley istituì ulteriori, sebbene non nuovi, esperimenti sul modo con cui questo veleno agisce sul midollo spinale, e giunse

ai risultati che seguono, cioè che la stricnina non agisce mediante diretta applicazione sul medesimo, e che malgrado i dati apparentemente contraddittorii gli effetti tengono dietro soltanto al suo assorbimento. Isolato un tratto di midollo in una rana e recisalo in due metà laterali, applicando una soluzione concentrata del veleno ad una metà non s'ebbero indizii d'attossicamento, sebbene la vita si prolungasse per due ore. I sintomi comparvero soltanto quando una porzione di quello fluì lungo la colonna vertebrale. Identico risultato si ottenne nel *bufo vulgaris* in cui si poteva isolare il midollo più in alto e non toccare col veleno se non le radici dei nervi sacri. In un giovane gatto venne isolato il midollo fra l'8.ª e la 13.ª vertebra; allontanate le membrane e istituita un'incisione longitudinale, da ultimo versata una soluzione soprasatura d'acetato di morfina. Dopo 10 minuti non erano ancora comparsi sintomi d'avvelenamento; versatavi maggior quantità di soluzione fresca, dopo 22 minuti non v'era ancora indizio alcuno. La terza parte residua venne allora messa in contatto con una vena, e dopo un minuto e $^3/_4$ si pronunciò un tetano generale. Già *Müller* aveva dianzi sperimentata l'inefficacia della stricnina polverizzata sul midollo spinale. Dietro dati così manifesti *Harley* conclude che questo veleno non ha influenza diretta nè chimica, nè fisica sulla sostanza nervea, e che diventa attivo soltanto per mezzo del sangue, o veramente che modifichi per modo i componenti di questo da renderlo inetto alla nutrizione, e deleterio per la sostanza nervosa medesima.

Intorno alla causa prossima della morte per mezzo della stricnina *Pavy*, in contraddizione alle opinioni d'*Harley*, sostiene che in tutte le circostanze la si debba ripetere dal soffermarsi della respirazione, e che per mantenere in vita l'animale non basta la respirazione artificiale se non si apre il torace, e si evita così la resistenza tetanica dei muscoli. Le sue prove sperimentali sui cani e conigli dimostrano che allora il cuore comincia a pulsare vivamente, e si riordina la sensibilità generale.

Le stesse cose dette intorno alla stricnina valgono a spiegare l'azione dell'*etere*, del *cloroformio*, e in generale di tutti gli anestetici i quali non operano direttamente sui nervi, ma come elementi che arrestano l'ossidazione del sangue, e perciò sono tanto più celeremente mortiferi, quanto più vivace è il processo della

respirazione. E siccome sono per la prima di queste cagioni ottimi mezzi conservativi, così il sangue ed il corpo intero vanno più tardi in putrefazione, facendo simulare ai corpi veramente estinti un'apparenza di asfissìa.

Dagli esperimenti istituiti da *Kölliker* coll' *acido idrocianico* sulle rane, venne riconosciuto che la sua azione si esercita mediante il sangue, dapprima sul cervello paralizzandolo, poi sullo spinal midollo abolendo innanzi tutto il potere riflessivo, e più tardi la facoltà conduttrice della sostanza bianca. Ultimi a sentirne gli effetti sono i nervi motori, la cui paralisi si propaga dal centro alla periferia, nulla giustificando l'opinione che rimangano illese le estremità nervee inserite nel muscolo. *Stannius* aveva dalle sue esperienze dedotto che questo acido non agisce localmente sui nervi motori, il qual principio non viene ammesso da *Kölliker*, quando non adoperava per confronto l' acqua come faceva *Stannius*, ma la soda fosforica riconosciuta meno dannosa da lui. L'idrocianato di potassa si trovò più micidiale dell'acido puro.

Che esso estingua assai prontamente i muscoli applicato localmente è confermato da questo Autore, del pari che l' abolizione della facoltà loro di farsi rigidi. Gli avvelenamenti con questo acido distruggono con molta celerità (sebbene più tardi de' nervi) la irritabilità muscolare, e rendono in brev'ora rigide le masse carnose. Il cuore rimane paralizzato in attitudine di dilatazione, come aveva osservato anche *Meyer*: i cuori linfatici continuano a pulsare finchè resta attivo il midollo spinale, i muscoli ed il cuore delle rane avvelenate coll' urari possono successivamente, mediante l'acido idrocianico, in tempo abbastanza breve, divenire incapaci d'irritabilità, e farsi rigidi, conforme alle osservazioni di *Kussmaul*. Le terminazioni dei nervi sensiferi per la diretta applicazione dell'acido perdono sollecitamente la facoltà conduttrice e la riacquistano appena esso si volatilizza.

L'applicazione diretta dell'atropina sul tronco del simpatico al collo, fu riconosciuta da *Harley* affatto inefficace. (*Bericht über die Fortschritte der Anat. und Physiol. im Jahre* 1856, *von* Henle *und* Meissner).

Delle dispepsie; *del prof.* **CHOMEL**. 1 *vol. in*-8.° *di* 300 *pag. Parigi*, 1858. — *Estratto.*

Questo libro pubblicato solamente poche settimane prima della morte dell'Autore, porta nulladimeno l'impronta di una mente ferma, lucida ed eminentemente pratica, che caratterizza le opere del prof. *Chomel.* È un'opera in qualche modo postuma, e non ridonderà meno ad onore dell'antico professore della Facoltà.

Allontanato da molti anni dall'insegnamento pubblico da cause politiche, e per molti mesi dall' esercizio pratico, a cagione della mal ferma sua salute, il prof. *Chomel* volle che non fossero sterili le ultime sue ore, e compì fino all'ultimo la sua missione di professore insegnante. Da un anno aveva pubblicato la quarta edizione dei suoi elementi di patologia generale, opera abbastanza nota perchè se ne parli in questa circostanza.

Non è così del Trattato delle dispepsie. Il prof. *Chomel* non ebbe mai nelle sue lezioni cliniche occasione di parlarne, poichè le persone che ne sono abitualmente affette non sono di quelle che vengono ricoverate negli ospedali. È dunque una lacuna del suo insegnamento orale che *Chomel* ha riempito scrivendo una monografia sulle dispepsie.

Deve essere grande la frequenza di questa malattia, dacchè *Chomel* ci riferisce che, benchè non godesse una riputazione speciale a questo riguardo, il quinto per lo meno dei malati che venivano a consultarlo a casa sua erano affetti da dispepsia. Di più egli ha limitato il soggetto delle sue osservazioni alle sole dispepsie essenziali, vale a dire a quelle che sono indipendenti da tutt'altra malattia, sia dell' apparecchio digestivo, sia d'organi più o meno lontani.

Chomel divise il suo lavoro in due parti: la prima, che è la più breve, ha per oggetto la dispepsia accidentale, passaggiera, quella che si designa volgarmente col nome d'indigestione; la seconda è consacrata alla dispepsia abituale, che forma l'oggetto speciale del libro.

Noi sorvoliamo alla prima parte, non ch' ella sia priva di interesse, ma l'Autore nulla poteva riferire che non fosse già noto. Diremo solo che *Chomel* parla del salasso come indicato in qual-

che caso nella persistente intensità d'una congestione cerebrale che può associarsi all'indigestione e che può esser d'ostacolo al vomito.

Parliamo invece delle dispepsie abituali o disturbi persistenti delle funzioni digestive. Le loro cause sono presso a poco le stesse di quelle dell'indigestione, colla differenza, che queste hanno una azione fugace, mentre le cause della dispepsia abituale sono permanenti, croniche come la stessa malattia. Fra quest'ultime *Chomel* mette in primo luogo, come una delle cause più ordinarie, e nondimeno poco segnalate, la incongrua distribuzione dei pasti. Dai venti ai quarant'anni, tre pasti comunemente bastano, due dai quaranta ai sessanta, dopo i sessanta, e soprattutto dopo i settantacinque, l'uomo deve limitarsi ad una leggiera colezione il mattino, e può fare un generoso pasto dopo il mezzodì. Ma un errore di regime assai comune è quello che consiste nel prendere al primo pasto una tal quantità di alimenti che l'ora del pranzo giunge prima che lo stomàco lo richiegga; nondimeno si và a tavola perchè l'ora è arrivata; si digerisce assai penosamente; e si sente obesi, inetti a qualsiasi occupazione, e più disposti a dormire. Al giorno vegnente queste persone fanno colezione nella stessa misura del precedente, o forse ancor meglio, convinti che è il solo pranzo quello che non viene digerito, e che gli alimenti presi al mattino sono sempre ben digeriti. I più prudenti mangiano meno a pranzo; ma questa precauzione è ordinariamente insufficiente; poichè se la digestione del pranzo è penosa, egli è perchè la loro colezione fu troppo lauta. Fintanto che non ridurranno la misura del primo pasto, il secondo non sarà digerito meglio, e la dispepsia persisterà.

Il consiglio che vien dato per la colezione s'applica con più forte ragione alla cena. Si ha dunque torto d'incolpare il pranzo come causa del malessere che si prova alla sera, avendo così un pretesto per fare della colezione l'asciolvere il più solido. Confessare quest'abitudine è come stabilire la diagnosi del male e per ottenere la guariglone è d'uopo portare sulla colezione una riforma; fa mestieri che questo pasto sia meno copioso, composto d'alimenti leggieri, e per lo meno che sia separato dal pranzo da un intervallo di tempo più lungo di quello adottato a Parigi.

Chomel ravvisa come causa frequente di dispepsia, l'uso

che hanno taluni di smaltire quasi sempre prima e dopo il pasto delle confetture d'ogni genere. Dessi hanno fiducia di trovare nella qualità digestiva delle pastiglie un sollievo al languore della loro digestione, quando che all'incontro rallentano e prolungano i loro incomodi. I sintomi della dispepsia variano a seconda che essa interessa lo stomaco o gli intestini.

Nel primo caso, i sintomi ordinarii sono l'inappetenza, il dolore od il malessere alla regione dello stomaco od intestinale, il peso, una sensazione di pienezza s'irradia verso le parti vicine, con nausee, rinvii gazosi, raramente vomiti; mostransi sotto forma di coliche sorde od acute quando il male interessa le intestina.

Fra i sintomi della dispepsia *Chomel* ne indica uno, in apparenza poco degno di rimarco, ma che non è senza importanza, soprattutto nella forma oscura di questa malattia, ed è una alterazione della saliva, che diventa spumosa, meno abbondante, formante ai margini della lingua due linee bianche che convergono e s'assottigliano dalla base verso l'apice. Questa particolarità, secondo l'Autore, si osserva pressochè in tutti i soggetti dispeptici.

I sintomi della dispepsia si riducono qualche volta a fenomeni puramente simpatici, quali sono un malessere generale, un senso di prostrazione, una tristezza che è forse il foriero della ipocondriasi, la quale tien dietro sì frequentemente alla dispepsia prolungata. A questi si aggiungano le cefalalgie, l'emicrania, la sonnolenza dopo il pasto, l'insonnia notturna, l'incubo, una specie d'indebolimento nell'intelligenza, da rendere inetti a qualunque lavoro fisico od intellettuale. In altri i fenomeni simpatici della dispepsia si manifestano ai visceri respiratorii e circolatorii, e consistono nella dispnea, nello sbadiglio, nella tosse, nella palpitazione di cuore, nella irregolarità nei suoi battiti. Un acceleramento febbrile del polso è ancora un effetto simpatico della dispepsia, il solo qualche volta che accusi l'ammalato; talora è un completo accesso caratterizzato dai suoi stadii, quasi costantemente quotidiani. Le forme speciali della dispepsia ammesse da *Chomel* sono le dispepsie, flatulenta, gastralgica ed enteralgica, bulimica, acida ed alcalina, e la dispepsia dei liquidi. Le dispepsie nevralgiche non devono però essere confuse colla gastralgia o l'enteralgia, ma desse si avvicinano alla forma di queste nevralgie per la sua gran-

de acutezza, e la forma accessuale dei dolori e per la somiglianza dei mezzi terapeutici che lor conviene applicare.

Chomel ha osservato un solo caso di dispepsia bulimica, caratterizzata dal bisogno pressochè continuo di mangiare, e di mangiar molto ogni volta, e da vomiti che sopravvenivano sotto l'influenza di cause lievissime.

L'Autore descrive col nome di dispepsia acida una forma particolare di dispepsia, nella quale la saliva d'alcalina che è nell'uomo sano, diventa acida; l'alito lo diviene del pari, sia per sè stesso e nelle vie aeree, sia nell'attraversare la bocca. L'atmosfera della camera ne è qualche volta impregnata. La stessa acidità è facile a constatarsi nelle materie vomitate, nei rutti gazosi, e talvolta nelle feci. La maggior parte dai malati hanno ribrezzo per tutto ciò che è acido, acidificabile, ed in ispecie per lo zuccaro. — L'astinenza dalle sostanze acide e l'uso di quelle alcaline formano la base del trattamento.

È solo per induzione che *Chomel* ammette una dispepsia alcalina, caratterizzata dall'odore fetido dell'alito, paragonabile a quello delle vivande corrotte e della inclinazione dei malati per gli alimenti acidi e vegetabili.

La dispepsia dei liquidi è una delle forme le più rimarchevoli e nondimeno delle meno conosciute. Lo stomaco è divenuto inetto a ben digerire tutto che è liquido, mentre la digestione delle sostanze solide continua ad operarsi con una apparente regolarità. Taluni hanno la coscienza del loro stato, ed essi stessi dicono che il loro ventricolo è per così dire nuotante nell'acqua, altri rimarcano che i liquidi sono mal digeriti e ne riducono la quantità. Ma il particolare fenomeno che diventa pel medico il sintomo patognomonico è una fluttuazione stomacale che fassi palese nei grandi movimenti del corpo, per le scosse che gli si imprime, ed anche per la pressione rapida della mano sull'epigastrio e sulle coste spurie, qualunque sia del resto il tempo trascorso dall'ultimo pasto. Le intestina sono pure la sede di una simile affezione. La fluttuazione ha luogo nella regione che essa occupa; dei borborigmi umidi vi si fanno sentire; le feci sono ordinariamente acquose e frequenti, e la nutrizione asciutta è spesso, come nella forma stomacale, il solo mezzo conveniente.

La diagnosi delle dispepsie non è sempre tanto facile come la si immagina; avviene spesso che il malato, in seguito alla predominanza dei disturbi simpatici, si lagna di tutt' altro che dello stomaco. Fra i diversi disordini, quelli che devono di più richiamare l'attenzione del medico sugli organi digerenti, sono il malessere che sussegue all' ingestione degli alimenti, il dolore di testa, la sonnolenza diurna e l'insonnia notturna.

Chomel dà qui, all' occasione del diagnostico delle dispepsie, la descrizione di una malattia sinora poco conosciuta e non descritta, che sembra essere la forma più grave della dispepsia acida per la sua frequenza, e la sua estrema gravezza.

Essa vien caratterizzata dalla perdita dell'appetito, da mancanza della sete, da uno stato febbrile da principio leggiero, dall' odore eccessivamente acido dell' alito, da una grande debolezza che obbliga a stare a letto. Tutti questi sintomi si aggravano nei primi giorni con qualche lentezza; vomiti di muco e di materie biliose giallastre, poi verdi, sul principio rari, poi frequenti, segnano il principio del secondo periodo. I lineamenti della fisionomia s'alterano, il polso si accelera, l'ansietà aumenta; ed infine dopo tre o quattro settimane, comincia il terzo periodo, nel quale il vomito diminuisce, e poi cessa. Ma nello stesso tempo che si produce questo apparente vantaggio, la frequenza del polso cresce di pari passo colla sua debolezza, l' intelligenza si offusca, l'ammalato ha delle allucinazioni, poi sonnolenza ed uno stato comatoso; la debolezza cresce rapidamente, il corpo si raffredda, e la vita si estingue.

Questa malattia, che nel 1832 venne riscontrata frequentemente da *Chomel*, in seguito alla prima invasione del cholera a Parigi, e fu vista da lui molte volte in appresso, spesso nelle donne incinte, termina quasi costantemente colla morte. L' anatomia patologica nulla ha rilevato di costante nei soggetti che soccombettero.

Il trattamento delle dispepsie è innanzi tutto igienico, e comprende indicazioni molto minuziose, alle quali il medico non pensa sempre e che *Chomel* riferisce con qualche dettaglio. Quindi egli espone tutto quanto risguarda la quantità degli alimenti, la loro qualità; la quantità e qualità delle bevande; la loro temperatura e quella degli alimenti; la masticazione ed insalivazione

di quest'ultime; i condimenti; le pastiglie ed altre confetture pretese digestive; certe abitudini, come quella del tabacco da fumare; la distribuzione dei pasti; l'esercizio; gli avvicinamenti sessuali; le occupazioni intellettuali; le preoccupazioni morali; l'ozio.

La disoccupazione intellettuale, come la mancanza di esercizio, sono cause predisponenti della dispepsia, soprattutto quando l'ozio succede ad opposte abitudini; così l'opera di *Chomel* ha un paragrafo intitolato: *Delle opere attive di carità come mezzo di trattamento delle dispepsie.*

« Le associazioni di carità nelle città, la cura nelle campagne di visitare i poveri, gli ammalati, di recar loro delle consolazioni e dei sussidii, offrono alle persone che non sono occupate, come a quelle che non lo sono sufficientemente, una risorsa utile alla salute ed un gran conforto al cuore. Egli è soprattutto dopo i grandi infortunii, come quelli che risultano dalla perdita d'una persona amata, qualche volta da un cambiamento di posizione sociale e di fortuna, che una vita consacrata a questa carità attiva, che porta con essa la sua ricompensa, e che di giorno in giorno è più dolce a chi la pratica, diventa un mezzo possente a ristabilire una salute profondamente alterata. Questa via è larga; ella è aperta a tutti, agli uomini, alle donne, ai vecchi, ai giovani e ciascuno, secondo le proprie tendenze, può andar solo, o ciò che è meglio, associandosi a qualche onorevole persona, consacrare il suo tempo ed i suoi averi. Puossi assicurare, medicamente parlando, che questo sarà tempo e danaro impiegato a forte interesse, soprattutto quando si perseveri in questa via, facendone un obbligo reale, un dovere quotidiano non interrotto; così troveranno in ciò il miglior rimedio possibile al difetto d'esercizio, a questo vuoto dello spirito e del cuore che segnalammo come una delle cause le più dannose per tutti e soprattutto per gli individui a sistema nervoso impressionabile, e ad organi digerenti deboli ed irritabili ».

Le dispepsie lievi cedono, in generale, facilmente e prontamente col regime e l'allontanamento delle cause conosciute, soprattutto quando esse non risalgono molto lontano e che la loro durata non sia che di qualche settimana.

Le dispepsie gravi esigono spesso qualche cosa di più. Il medico sceglierà, fra le bevande alimentari le più leggieri, quelle cui l'istinto del malato aggradisce meglio, quelle che, nello stato di salute, essendogli più aggradite, sono meglio digerite in piccolissima quantità sul principio, miste a ghiaccio o caldissime. Il ghiaccio soppesto, le bevande cariche d'acido carbonico, di sali neutri ed alcalini, saranno esperiti.

Gli amari, gli aromatici, un pò di vino generoso se la debolezza è grande; il latte, i calmanti, quando l'irritabilità dello stomaco sembra predominare. I rivulsivi d'ogni genere, le compresse molto calde sullo stomaco, i senapismi, i vescicanti, le frizioni coll'olio di crotontillio, offrono delle buone risorse. Alla fine, nei casi ove tali mezzi sieno riesciti frustranei, e soprattutto allorquando esistono dei vomiti, il trattamento più efficace consiste nell'uso delle affusioni fredde, brevi ma ripetute, come le usava *Récamier*, e come *Chomel* dice d'averle praticate, per lo spazio di trent'anni, con un successo pressochè costante.

Chomel considera come molto incerti alcuni agenti terapeutici recentemente preconizzati contro la dispepsia grave o ribelle, quali la stricnina, la carne cruda e trita di montone o di bue, l'uso del succo pancreatico, della pepsina e della bile. Fa eccezione per l'uso dell'estratto di fiele bovino, in quei casi ove l'insufficienza della bile era constatata da una leggier tinta itterica degli integumenti ed uno scoloramento sensibile delle materie fecali, ma spesso allora il fegato è dal canto suo ammalato.

La dispepsia di media intensità, ma di lunga durata, è la più frequente di tutte. È quella di coloro che abitualmente digeriscono con fatica, attendono bensì alle ordinarie occupazioni avendo ad intervalli delle recrudescenze che li costituiscono realmente malati, ma in fatto non sono minacciati nella vita nè da vicino nè da lontano; è fra questi soprattutto che i sintomi della ipocondriasi si uniscono frequentemente a quelli della dispepsia. Da ciò emerge, dice *Chomel*, l'indicazione speciale d'agire sulla loro immaginazione nel medesimo tempo che si assoggettano al trattamento ordinario della dispepsia. È d'uopo far uso di rimedii un pò singolari. Questi rimedii consisteranno per esempio in succhi spremuti da certe piante vernali od autunnali, nel latte appena

munto, nell' uso abbondante e pressocchè esclusivo, al primo pasto, di frutti rossi d'estate, d'uva d'autunno, côlta al mattino dallo stesso ammalato, coperta di rugiada. A questi malati convengono parimenti le acque minerali.

La dispepsia flatulenta esige più imperiosamente l'esercizio di ogni altro genere di dispepsia. Il medico deve egli stesso sorvegliare perchè alcun ostacolo non impedisca la circolazione del gas nelle vie digerenti, che l'addome sia sbarazzato da ogni compressione d'imbusti, di cinture, di cordoni ; un sostegno dolce ed uniforme è nullameno necessario contro il rilasciamento delle pareti addominali. Giovano in questi casi i rimedii detti assorbenti, e soprattutto i rinfrescanti. In alcuni soggetti convengono meglio le bevande e gli alimenti caldi, i topici caldi applicati sul ventre, e talora all'esordire della malattia i topici freddi, e lo stesso ghiaccio; sono pure utili le frizioni addominali, e talora anche le sonde esofagee introdotte nel retto.

Contro le dispepsie gastralgiche ed enteralgiche *Chomel* ha poca confidenza negli antispasmodici, quali la valeriana, il castoro, il sottonitrato di bismuto. Preferisce i narcotici , l'oppio soprattutto, in seguito però alla rimozione delle cause conosciute. L'oppio si prende per bocca poco tempo prima del pasto se i dolori sono di stomaco, qualche ora dopo se sono intestinali. Se i dolori ritornano irregolarmente e senza che siano preveduti, non conviene far uso dei calmanti che quando sono sensibili. Se il male è protervo, è d' uopo ricorrere ai cauteri, ai topici narcotici, al cambiamento di clima, alle acque minerali.

La dispepsia acida si combatte coll'astinenza di tutto che ciò è acido o acidificabile, e coll' impiego di sostanze alcaline per tutte le vie, in bevande, per clistere, col bagno e coll' alimentazione animale. La dispepsia caratterizzata per opposti fenomeni, reclama del pari mezzi opposti; bevande ed alimenti aciduli, dieta vegetabile, legumi verdi e frutti della stagione.

In Inghilterra venne da alcuni anni consigliato come antidispeptico un rimedio che sembrerebbe più particolarmente destinato a combattere la dispepsia alcalina e che si prescrive presso a poco indistintamente in tutti i casi, eccetto solo alcuni casi nei quali sonvi delle acidità molto pronunciate. Questo rimedio con-

siste in una soluzione di un decimo d'acido cloridrico, di cui si prende una goccia in due grandi cucchiaj d'una infusione amara od aromatica. Questa soluzione è presa immediatamente prima di ogni pasto.

Chomel non opina essere questo rimedio la panacea di tutte le dispepsie. È probabile che le indicazioni di tali goccie sieno più numerose in Inghilterra che in Francia, a motivo della prevalenza del regime animale nel primo di questi paesi. *Chomel* ammette più in teoria che in pratica l'utilità dell'acido cloridrico nelle dispepsie alcaline, che egli del resto dichiara rare. *Trousseau* invece se ne mostra partigiano.

Le indicazioni nella dispepsia dei liquidi sono molto precise. È d'uopo che il malato si astenga dai liquidi, o non ne prenda che di generosi, come il vino vecchio quando venga tollerato, ma in piccola quantità. I medicamenti amari saranno dati sotto forma d'estratti. È d'uopo avvertire del resto che una grande quantità di liquidi è poco conveniente nella maggior parte delle dispepsie. *Chomel* termina il libro riassumendo le materie contenutevi, a risparmio di tempo pei pratici, che troveranno in un piccolo numero di pagine, ciò che v'ha di più importante nell'intero lavoro. Tale compendio può giovare a titolo di memento; ma non può supplire alla lettura dell'opera, di cui uno dei meriti principali è la copia e la precisione dei dettagli. (*Revue thérapeutique*, 1858).

Dell'odierno punto di partenza scientifico della psichiatria legale; *del dott.* L. Schlager. (*Estratto*). — Ben degnamente può aver posto in questi Annali il presente schizzo psichiatrico, e per l'importanza dell'argomento, e per l'autorià di chi lo tratta, già psichiatro nel manicomio di Vienna, ora medico consulente in vertenze psichiatriche presso il tribunale di detta città. — Ella è cosa indubbia che nella pratica medico-legale uno dei più difficili punti si è il pronunciare il giudizio sullo stato psichico di un individuo, e desso è l'attributo della così detta psicologia forense, che è un ramo della psichiatria. In essa trovano la loro pratica applicazione in riguardo ad affari legali i principii fondamen-

tali scientifici della psichiatria: *le osservazioni e le esperienze psichiatriche formano la base della psicologia legale.*

Per ben giudicare uno stato psichico vuolsi per condizione prima che bene si comprenda l'essenza dell' alterazione psichica: senza ciò è vacillante ogni giudizio espresso a sciogliere una questione proposta ad uno psichiatro. Diverse nei diversi tempi, ed anche al giorno d'oggi non del tutto concordanti sono le opinioni circa l'essenza delle alterazioni psichiche: desse stavano in immediata dipendenza dalle viste intorno all' essenza dei processi psichici in generale. La felice riforma della psichiatria introdotta da *Pinel* diede anche alla psicologia legale una direzione più sublime. A poco a poco si cercò di trovarle un principio e di rivendicarle una posizione indipendente nella sfera della scienza. *Egli è un fatto innegabile che nello studio dei processi psichici devesi tener di mira il punto fisiologico,* giacchè solo per esso si può avere una giusta idea della base patogenetica delle manifestazioni psichiche morbose. Gli studii metafisici su tale soggetto non offrono validi punti d'attacco allo psichiatro nella sua pratica forense. Ora queste manifestazioni psichiche morbose, a ben giudicare delle quali solo il medico è competente e che costituiscono una malattia, collegansi ad alterazioni della materia, varie delle quali pur troppo sono a noi tuttora ignote, valevoli ad indurre fenomeni in parte subbiettivi ed in parte obbiettivi. Gli obbiettivi si caratterizzano o per l'alterata funzione di un organo, o per l'alterata proprietà fisica, materiale di esso: e tanto i sintomi funzionali che i fisici servono a stabilire la diagnosi.

Quanto più facile e distinta è la fisiologica manifestazione funzionale, tanto più facile riesce il comprendere le sue anomalie: e quanto più complicato è il processo fisiologico, tanto più difficile torna il differenziare le sue alterazioni: ora il più complicato fra i processi dell'organismo è al certo lo psichico. La fisiologia lo considera come una speciale forma di vita dell'organismo, e negli atti psichici ravvisa le funzioni di dati organi: non tutto il sistema nervoso, ma solo il cervello, ed anche di queste, solo alcune parti sono l'organo intermediario dell'attività psichica.

Noi non sappiamo ciò che avvenga nel cervello durante la manifestazione dell'attività psichica; questa l'abbiamo come un risul-

tato, che è collegato al substrato materiale del sistema nerveo cerebrale: ogni tentativo fatto finora onde spiegare tali processi appartiene più o meno alle speculazioni metafisiche: solo ci è dato osservare più o meno le forme del suo manifestarsi.

L'Autore perdendosi egli pure in astrazioni sul complicato processo dell'idea, viene a conchiudere che questo è soggetto ad una serie di alterazioni morbose, che in genere vengono designate per alienazioni mentali, psicopatie.

Il concetto dell'alienazione mentale abbraccia tutte le alterazioni morbose che prossimamente o lontanamente accompagnano l'atto dell'idea, e sono da esso dipendenti: del resto egli è sempre sintomatico, ed in riguardo clinico può ritenersi indipendente solo per ciò, che nel più dei casi si conosce con sicurezza soltanto l'effetto, mentre la causa efficiente si sottrae alla nostra cognizione.

In appoggio quindi al surriferito concetto circa l'essenza della malattia in generale, e dei processi psichici in ispeciale, *devonsi ritenere per malattie mentali od alterazioni psichiche tutti quegli stati, nei quali, in seguito allo stato morboso del cervello, viene alterato il processo dell' idea, non che gli ulteriori processi funzionali immediatamente dipendenti da esso.* E dacchè le malattie mentali hannosi a considerare per alterazioni funzionali, desse non possono venir distinte che sulla base dei sintomi funzionali. Ma una tale divisione deve basare su fatti, e non degenerare in ipotesi e speculazioni metafisiche: per la patologia dell' organismo umano solo le alterazioni materiali ponno servire di base; e se per alcune manifestazioni morbose noi non possediamo che o veruno, o insufficienti momenti materiali differenziali, egli è però dovere della scienza il mettere il più possibilmente in accordo le manifestazioni funzionali abnormi colle alterazioni materiali che stanno loro a base: su questa via si raggiungerà meglio il diagnostico anatomo-patologico.

Le alterazioni della sostanza cerebrale finora conosciute e constatate alla bara anatomica sono unicamente quelle che od innalzano, o deprimono, o tolgono affatto l'eccitabilità e l'attività funzionale del cervello. Taluna però di tali alterazioni durante il suo decorso può dar origine tanto allo stato di maggiore eccitamento che a quello di depressione. Dall'analisi delle osservazioni al letto

dei malati eluce il fatto pratico importante: che in tutte le affezioni cerebrali morbose che esaltano l'eccitabilità cerebrale, per quanto in esse insorgano manifestazioni psichiche abnormi, queste si differenziano essenzialmente dai sintomi psichici morbosi, che hanno per base un'alterazione cerebrale, la quale favorisca la depressione dell'eccitabilità, la pressione, la paralisi del cervello.

Per ciò le manifestazioni psichiche morbose possonsi dividere in due gruppi, cioè: 1.° di quelle originate da abnorme eccitabilità cerebrale, e 2.° di quelle da depressione e paralisi cerebrale di vario grado. — L'osservazione comprova inoltre che gli stati i quali ingenerano il primo gruppo di manifestazioni psichiche morbose, nel più dei casi precedono quelli valevoli ad indurre il complesso sintomatologico del secondo gruppo; che questi generalmente non sono a considerarsi che i postumi o gli esiti dei primi.

I sintomi delle malattie del cervello, sia nella sfera nervea sensitiva (sensazioni morbose), sia nella motoria (movimenti abnormi), provengono o da esaltata o da depressa eccitabilità degli elementi dei nervi, per ciò i sintomi delle malattie cerebrali in generale distinguonsi in quelli *d'eccitamento cerebrale* ed in quelli di *compressione cerebrale*, le alterazioni sensitive in *iperestesie ed anestesie*, le motorie *in crampi e paralisi*.

E così pure le alterazioni psichiche dividonsi in due gruppi: 1.° *alienazioni psichiche in seguito ad irritazione cerebrale, od iperfrenie*, e 2.° *alienazioni psichiche in istadio di pressione, e paralisi del cervello di vario grado, afrenie.*

Secondo poi che le anomalie della funzione dell'idea (?) manifestansi coi sintomi di esaltata o di depressa attività di riflesso della sfera sensitiva o motoria del sistema nerveo, si distingue la anomalia psichica di forma d'esaltamento o di depressione.

L'osservazione al letto del malato spiega chiaramente l'intimo nesso dei varii stadii nei loro varii modi di manifestazioni, che così frequentemente vengono da alcuni ritenuti per forme essenzialmente diverse, e facendo ben conoscere le varie gradazioni dell'anomalia funzionale, addita l'espressione delle progredienti o regredienti alterazioni organiche.

Se noi teniamo dietro allo sviluppo ed alla formazione delle

anomalie psichiche nei loro paralleli colle contemporanee alterazioni organiche, non possiamo che restare persuasi dell'intimo rapporto di esse fra di loro.

Nella sequela dei sintomi, che nel maggior numero delle alterazioni psichiche vengono in iscena, dall'esordire fino all'esito della malattia, incontransi numerose modificazioni di forma dell'alterazione, le quali però in ultima analisi riduconsi tutte alle forme cardinali di irritazione e di depressione cerebrale.

I sintomi modificansi a norma della natura, del decorso, dell'esito delle alterazioni materiali, che stanno a base di essi: sulla loro forma per altro esercitano qualche influenza i speciali rapporti individuali, non che gli accidentali esterni.

Molteplici sono gli eccitamenti, ai quali il cervello è sottoposto da una parte in rapporto alla propria organizzazione, e dall'altra in rapporto al mondo esterno, la qual somma di impressioni si riflette alla fine sulla vita cerebrale.

Quanto più piacevolmente ed armonicamente queste impressioni eccitano l'attività cerebrale, tanto più ordinati eseguisconsi i singoli atti della vita cerebrale; all'incontro quanto più inadeguate sono le impressioni, a motivo sia della qualità, sia della intensità, tanto maggiori saranno le oscillazioni dell'eccitamento cerebrale; stati abnormi che manifestansi quali alterazioni del così detto stato d'innervazione o disposizione d'animo.

È un fatto comprovato dall'esperienza, che ad ogni alienazione mentale, la quale si caratterizzi coi sintomi di iperfrenia, precede sempre un cambiamento d'una durata più o meno lunga, della normale disposizione d'animo individuale, e che un tal periodo devesi considerare come lo stadio di sviluppo dell'alterazione psichica.

A norma dei fenomeni di reazione dell'alterata innervazione la disposizione d'animo o vien messa in uno stato d'esaltamento, o di depressione; in molti casi v'ha combinazione di queste due specie di disposizione d'animo.

Perciò il primo stadio dell'alienazione mentale *è quello di disturbo d'innervazione.* In questo stadio lo stato morboso viene più o meno ritenuto nella cerchia delle facoltà mentali sane; ad esso appartiene tutta la fila di quei dubbii stati d'animo, che non saprebbersi chiaramente riconoscere per alienazioni mentali,

Spettano a questa categoria l'ipocondria, l'isterismo nelle sue varie forme, le così dette alterazioni d'animo in generale, le varie e molticolore morbose disposizioni di spirito, la mania sine delirio, il furore, la melancolia sotto la forma di affetti, l'incandescentia furibonda di *Platner*, le monomanie così dette istintive, la *folie raisonnante* dei francesi, la *moral insanity* di *Richard.*

Varia è la durata di questo stadio a norma della natura degli stati morbosi, che stanno a base di esso; varii pure sono i fenomeni dell'alterata innervazione, secondo che prevalgono piuttosto i sintomi d'esaltata, che quelli di depressa disposizione d'animo.

Tali stati abnormi di disposizione di spirito, o sono passaggieri e cambiansi nel primitivo stato individuale, o si fanno duraturi, o finalmente alternano in riguardo alla loro forma o carattere.

Finchè l'alterazione si manifesta solo quale sconcerto d'innervazione senza cambiamento della vita immaginativa, dessa non può significare che lo stadio prodromico d'una alienazione mentale.

Col crescere delle alterazioni organiche, cresce anche l'intensità e l'estensione dei disturbi funzionali dell'eccitamento cerebrale morboso da esse indotto, ed erumpe il delirio. Il delirio caratterizza il secondo stadio d'iperfrenia, e per esso il dott. *Schlager* intende quell'anomalia dell'attività dell'immaginazione, che si caratterizza per lo spontaneo insorgere di illusioni ed allucinazioni subbiettive, le quali falsificano la realtà dell'immaginativa, e manifestansi sotto la forma d'immaginazioni chimeriche, di idee false.

Nel maggior numero di tali abnormi stati dello spirito, aumentando gradatamente le illusioni e le allucinazioni in seguito al crescere della morbosa irritazione cerebrale, insorgono i così detti delirii, i quali si caratterizzano per morbose manifestazioni dell'attività immaginativa (fantasia?) per ciò, *che essi si sviluppano sulla base di abnormi stati dell'animo indotti dalle morbose alterazioni materiali.*

Secondo poi che i delirii si manifestano coi sintomi di stato d'esaltamento o di depressione, anche in questo stadio distin-

guonsi due ordini di alterazione psichica, l'uno col tipo fondamentale di forma d'esaltamento, l'altro con quello di forma di depressione.

Appartengono alla prima categoria tutti quei casi, comunemente designati quali sommi gradi di furore, la forma della così detta mania, i casi di delirii acuti, la confusione d'idee in seguito a processi di malattia acuta, la così detta alienazione primaria.

Alla seconda categoria s'addicono i casi di melancolia con delirii acuti, con o senza intercorrenza d'accessi d'eccitamento; non che la *melancolia stupida od attonita*, ecc., in breve tutte le melancolie acute.

Col progredire delle morbose alterazioni cerebrali, persistendo a lungo le morbose manifestazioni dell'attività immaginativa, i delirii, per legge d'abitudine, assumono un carattere stabile, e le alterazioni che stanno loro a base passano allo stato cronico; ed a tal punto incomincia il terzo stadio dell'iperfrenia, stadio che l'Autore designa col nome *di stadio di delirio cronico*, iperfrenia cronica.

Il passaggio dal secondo al terzo stadio, dalla forma acuta alla cronica, non è sempre ben marcato; ed anche in questo stadio si ravvisa più o meno la forma d'esaltamento o di depressione. Ad esso appartengono i diversi casi delle così dette idee fisse, le monomanie, le melancolie croniche, ed in seguito anche la forma della mania, che nei suoi massimi gradi forma il passaggio dal terzo al quarto grado dell'alienazione, indotto dalle consecutive, secondarie alterazioni della massa cerebrale, le quali, abbenchè sianvi ricorrenze di stato d'eccitamento, pure essenzialmente si caratterizzano coi sintomi di pressione cerebrale in maggiore o minor grado, ed inducono così paralisi cerebrale, il quale stadio viene dall'Autore designato per l'ultimo stadio dell'alienazione mentale, per quello d'*afrenia*.

Sintomo patognomonico di questo ultimo stadio è lo *stupore* nei suoi vari gradi e forme; e per esso s'intende quella anomalia dell'attività immaginativa, la quale si caratterizza per ciò, che la manifestazione di questa con atti motorii per la via dell'azione centrale di riflesso è sospesa od abolita in seguito alla morbosa pressione cerebrale.

Con quest' ultimo stadio incomincia l' oscura notte della vita spirituale; questa coincide coll' incipiente inaridimento della cellula cerebrale, e se talora mai compare un momento di luce, desso è una passaggiera forma di sogno nel regno delle ombre.

Alla categoria di tale stadio appartengono i casi di demenza nelle sue varie forme, sia essa acquisita primaria o secondaria, sia essa congenita, la debolezza di mente, la stupidità, in breve tutti i secondarii stati di debolezza mentale.

Nel seguente schema l' Autore dà lo schizzo delle alterazioni psichiche a norma della loro forma o del loro sviluppo.

A. *Iperfrenia.*

Qual forma d'esaltamento (hyperphrenia maniacalis).
Qual forma di depressione (hyperphrenia melancholica).
1.° Nello stadio di *sconcerto d'innervazione.*
2.° Nello stadio di *delirio acuto.*
3.° Nello stadio di *delirio cronico.*
4.° Nello stadio di *stupore*, ovvero lo stato di

B. *Afrenia.*

Solo dietro un tale concetto si può, a detta del dott. *Schlager.* trovare e fissare la linea di confine fra lo stato psichico sano e malato, e lo psichiatro avere i punti d'attacco razionali e sicuri nei suoi giudizii medico-legali.

L'Autore infine esponendo idee generali sui giganteschi passi fatti dalla scienza medica, e dai varii suoi rami nel nostro secolo e sull' alto grado scientifico della psicologia legale, chiude la sua Memoria, dicendo che in tal modo *il giudizio espresso dallo psichiatro è intangibile dai profani dall' arte*, *e che egli solo avanti ai tribunali sta qual rappresentante della sua scienza*, *qual organo dalla cui savia sentenza hanno ad avere una valevole soluzione le questioni legali che cadono nella sfera della sua scienza.* (*Oest. Zft. f. pract. Heilk.*, *N.°* 10, 11 *del* 1858).

Dott. *G. Rotondi.*

Ricerche sulla atassia locomotrice progressiva, malattia caratterizzata specialmente da turbe

generali della coordinazione dei movimenti; *del sig.* Duchenne (*de Boulogne*). (*Nota com. all'Accad. Fr. delle scienze*). — Abolizione progressiva della coordinazione dei movimenti e paralisi apparente contrastante colla integrità della forza muscolare: tali sono i caratteri fondamentali della malattia che mi propongo descrivere. I suoi sintomi ed il suo andamento ne fanno una specie morbosa perfettamente distinta. Io mi propongo chiamarla *atassia locomotrice progressiva.* Ecco come son giunto alla nozione di questa malattia:

Da alcuni anni (sei anni) io mi son posto a rintracciare lo stato della forza dei movimenti parziali nelle condizioni di salute e di malattia. Allora non ho tardato a riconoscere che un numero abbastanza grande di affezioni designate col nome di *paraplegie* o di *paralisi generali*, non erano per nulla affatto paralisi, che in questo caso, al contrario, la forza dei movimenti era considerevole, quand' io la misurava essendo gli ammalati seduti o nella posizione orizzontale. Io rimarcai inoltre che gli ammalati non potevano conservare la stazione senza oscillare, nè camminare senza appoggio e senza spingere all' innanzi le membra inferiori in un modo più o meno disordinato. Questi turbamenti funzionali che non si verificavano se non se durante l' esercizio dei movimenti volontarii e non erano mai complicati da spasmi clonici, che non si osservavano se non nell'adulto e che non aveano verun rapporto colla corea, erano evidentemente prodotti da una lesione funzionale, dalla perdita della coordinazione dei movimenti. Gli individui che ne erano affetti presentavano un complesso di fenomeni identici: stesso esordio, stessi sintomi, stesso andamento, stesso esito.

Così, nella maggior parte, la paralisi del sesto o del terzo pajo, o l' indebolimento ed anche la perdita della vista con ineguaglianza delle pupille, erano fenomeni, o di esordio, o precursori delle turbe della coordinazione dei movimenti. Dolori terebranti, caratteristici, vagabondi, erratici, di breve durata, rapidi come il lampo o simili a scariche elettriche, attaccanti tutte le regioni del corpo accompagnavano o seguivano queste paralisi locali. Poi dopo un tempo più o meno lungo (da alcuni mesi a parecchi anni), comparivano vertigini, turbe dell'equilibrio e della coordinazione dei movimenti e nello stesso tempo la diminuzione o la perdita

della sensibilità tattile e dolorosa (analgesia e anestesia), dapprima nelle membra inferiori e talvolta nelle superiori, per generalizzarsi in appresso.

Nel corso della malattia sopraggiungevano spesso disordini nelle funzioni della vescica e del retto; presso tutti l' intelligenza e la articolazione delle parole rimanevano normali; la contrattilità elettro-muscolare era intatta, e i muscoli non subivano l' alterazione adiposa; ordinariamente infine la malattia era progressiva nel senso che aveale dato *Requin*, cioè terminava in modo fatale. Tutti vedranno certamente, al pari di me, in questa rapida pittura, una specie nosologica.

Della atrofia cerebrale degli adulti; *del dott.* Erlenmeyer. — Il dott. *Zuercher* porgeva non ha guari notizia di quest' opera, giunta alla terza edizione (*Die Gehirnatrophie der Erwachsenen. Neuwied*, 1857) nell' eccellente periodico, l' *Écho méd. Suisse et Étranger* (N.° 7 del 1858). Noi ne ripubblichiamo il cenno bibliografico:

Il turbamento della intelligenza e quello delle funzioni muscolari, dice l' Autore, sono due sintomi che di frequente si osservano riuniti e che provengono da cause le più svariate. Ora questi sintomi appajono subitamente come nelle apoplessie; ora hanno un decorso lento, come nella paralisi generale progressiva, che alcuni autori hanno chiamato anche paralisi generale degli alienati, follia paralitica, ecc. È ormai posto fuori di dubbio che questo gruppo di sintomi non appartiene ad una sola lesione morbosa, ma che diversi stati patologici, quali l'atrofia cerebrale degli adulti, la sclerosi, il rammollimento cronico, i tumori del cervello possono determinarla. L' alcoolismo cronico simula pure talvolta una paralisi generale progressiva; ma dopo il lavoro del dott. *Magnus Huss* di Stocolma, questo stato si deve diagnosticare. Sinora riesciva impossibile il distinguere con certezza queste diverse lesioni anatomiche per mezzo dei segni esterni, la paralisi generale progressiva proveniente dalla sclerosi e quella da rammollimento o da un tumore. Ma così non è più per l' atrofia cerebrale, la quale offre durante la vita una serie di sintomi che per la loro successione, progressione e combinazione con altri, permettono di istituire una diagnosi precisa.

L'anatomia patologica c'insegna che il cervello si atrofizza, o perchè siavi troppo poco sangue nella cavità del cranio, in seguito al quale stato si producono più tardi delle congestioni *ex-vacuo*, degli essudati meningei, degli spandimenti sierosi, che riempiono le diverse cavità e spazii liberi del cervello, degli stravasi sanguigni che si organizzano a poco a poco sotto l'aracnoide e coprono così la superficie del cervello (atrofia primaria); o per congestioni primitive, susseguite da essudati meningei, che compromettono la nutrizione e producono parimenti l'atrofia (atrofia secondaria). — Gli essudati meningei si producono quindi in due modi, prima della atrofia e dopo di essa. L'atrofia si riconosce d'altronde all' aumento dell'intervallo fra il cervello ed il cranio, all'appiattimento delle circonvoluzioni, alla distensione dei ventricoli, alla diminuzione dei filamenti nervosi negli strati periferici della sostanza corticale, ed alla diminuzione del peso del cervello. Il cervelletto non si atrofizza, gli è vero, ma si trovano le stesse alterazioni nel midollo spinale e nelle meningi.

I sintomi della malattia corrispondono alle lesioni anatomiche: il turbamento della intelligenza e del moto all'atrofia del cervello e del midollo spinale: l'esaltazione psichica, gli attacchi vertiginosi, convulsivi, apopletici, agli essudati meningei.

L'Autore distingue due forme: una primaria ed una secondaria. L'atrofia primaria si osserva nella pratica civile, di rado negli asili dei pazzi, tutt'al più quand'essa è molto avanzata, e solo presso gli incurabili, perchè la paralisi che precede la alienazione non offre più veruna probabilità di guarigione. L'atrofia secondaria si trova a preferenza negli asili dei pazzi, nei quali la paralisi sopraggiunge soltanto dopo l'alienazione mentale, il delirio ambizioso.

Ognuna di queste due forme ha quattro stadj: 1.° uno stadio prodromico; 2.° uno stadio di lesioni del cervello; 3.° uno stadio di lesioni meningee; 4.° uno stadio di lesioni del midollo spinale.

Nell' atrofia primaria le lesioni del cervello seguono i sintomi precursori.

Sono turbamenti del moto che si diffondono successivamente sopra tutto il sistema muscolare e che progrediscono dall'alto in basso; in seguito vengono le lesioni meningee, il delirio ambizio-

so, comunemente accompagnato da allucinazioni dell' udito cagionate da attacchi vertiginosi, convulsivi od apopletici; sieguono in fine le lesioni del midollo spinale e la demenza e la paralisi raggiungono il loro più alto grado. I quattro stadj si succedono senza interruzione, ma la morte può sopraggiungere in ogni stadio per diverse cause, malattie intercorrenti, ecc., e raramente il malato raggiunge la fine del quarto stadio. — Nell'atrofia secondaria sono le lesioni meningee che sieguono i prodromi. Una agitazione maniaca, il delirio ambizioso, talvolta allucinazioni dell' udito prodotte da attacchi vertiginosi, convulsivi ed apoplettici. Le paralisi meningee scompajono comunemente abbastanza presto, i malati si tranquilizzano, e questo stato apparente di salute può durare per degli anni prima che vi succedano le lesioni del cervello. Pure queste possono tener dietro dappresso alle lesioni meningee; il turbamento del moto e della intelligenza opera in allora il suo decorso progressivo, ma più lentamente che nella atrofia primaria. Infine compajono le lesioni del midollo, e con esse il malato finisce i proprj giorni. — La successione degli stadj non è la stessa nelle due forme. Nella atrofia primaria lo stadio delle lesioni del cervello siegue lo stadio precursore; mentre nell'atrofia secondaria è lo stadio delle lesioni meningee. Questo secondo stadio si annunzia nella atrofia primaria coll'aumento della paralisi della lingua e nella atrofia secondaria col disordine delle facoltà psichiche.

Il lavoro del dott. *Erlenmeyer*, basato sopra numerose osservazioni che gli sono proprie e sopra quelle di celebri medici di Vienna e di Praga, quali *Bochdaleck, Rokitansky, Riedel*, ecc. offre un grande interesse e merita d'esser letto *in extenso*. L'atrofia cerebrale degli adulti, che non bisogna confondere coll' atrofia generale congenita e con quella dei fanciulli, concorrerà a rischiarare la questione delle opinioni che vennero emesse sulla paralisi generale progressiva. La paralisi consecutiva alla alienazione, la paralisi degli alienati, entra, secondo l' Autore, nel quadro delle lesioni meningee dell' atrofia secondaria; la paralisi senza alienazione, paralisi generale progressiva, in quello delle lesioni del cervello; la follia paralitica in quello delle lesioni meningee della atrofia primaria. Bisogna soltanto guardarsi dall'attribuire all'atrofia tutte le paralisi senza alienazione, perchè diversi stati patolo-

gici possono generare questo disordine. Bisogna pure separarne le paralisi generali, quali le paralisi spinale, isterica, epilettica, saturnina, vegetabile, clorotica, mercuriale, la paralisi prodotta dall'influenza di certi gaz deleterii, ecc. Ciò fatto rimarrà ancora alla scienza da istituire la diagnosi fra i diversi stati patologici che inducono la paralisi generale progressiva, ciò che, secondo l'Autore, non è possibile pel momento, ma lo addiverrà in avvenire.

Delle difformità del cuore; *del dott.* TOMMASO PEACOCK. — Da alcuni anni il sig. *Peacock* va occupandosi particolarmente dei casi rari ed interessanti d'anatomia patologica che formano l'oggetto di questo lavoro, intorno ai quali tenne già nel 1854 una serie di lezioni, professate all'ospedale San Tommaso, ove dirige un servizio medico, e pubblicate nel *Medical Times and Gazette.* Ora ha egli raccolto in un libro tutti i fatti personalmente osservati, e quelli estratti dai giornali o dagli atti delle diverse Società mediche esistenti. (*On malformation of the human heart. London* 1858).

Le numerose varietà di vizii di conformazione del cuore, accuratamente esposte dall'A. ed illustrate con figure e con tavole, furono da esso disposte nei seguenti capitoli: 1.° spostamenti congeniti del cuore; 2.° assenza del pericardio; 3.° difformità del cuore propriamente detto; 4.° vizii di conformazione dei vasi che ne emanano.

Fra le difformità propriamente dette, le une si debbono alla assenza del setto interventricolare, il cuore non essendo composto in questo caso che di due o tre cavità; altre più frequenti consistono nella persistenza del foro del *Botallo* dopo la nascita, alcune altre in una obliterazione dell'orifizio dell'arteria polmonare. L'A. ne cita un notevole esempio, nel quale l'aorta traeva l'origine dal ventricolo destro e oltrepassava i rami arteriosi polmonari. Lo stringimento e l'obliterazione dell'arteria polmonare fu pure in coincidenza in alcuni casi colla esistenza di un setto sovrannumerario nel ventricolo destro.

Avvi eziandio una classe di difformità che non sono incompatibili col compimento delle funzioni del cuore, ma che possono nondimeno diventare l'origine di un certo numero di malattie; le quali

irregolarità di forma, di numero, delle valvole semilunari arteriose; i vizii di conformazione delle valvole mitrale e tricuspidale, ecc.

Finalmente, in un ultimo paragrafo, il sig. *Peacock* riferisce parecchi fatti di sviluppo anomalo ed irregolare dei grossi vasi che partono dal cuore. La più frequente di queste difformità consiste in una trasposizione dell'aorta e dell'arteria polmonale; talvolta si vide ben anco l'arteria polmonale dar nascimento all'aorta discendente.

A questo studio anatomo-patologico che riempie da solo la quasi totalità del libro, e che contiene parecchie osservazioni interessanti, tien dietro una rapida esposizione dei sintomi prodotti da queste alterazioni, e del modo secondo il quale si producono. (*Archives gén. de méd., sett.* 1858).

Sulla metrorrea sierosa delle donne incinte; *del dott.* Chassinat. (*Conclusioni*). — 1.° La metrorrea sierosa delle gravide sopraggiungendo ad un'epoca mutabile del corso della gravidanza è una malattia sulla di cui esistenza non può muoversi dubbio.

2.° Nella grande maggioranza dei casi, per non dir sempre, il liquido che costituisce lo scolo è secreto tra la superficie interna dell'utero e gli inviluppi del feto, dietro distacco delle membrane. Oltre gli altri caratteri differenziali, esso non può esser confuso coll'acqua dell'amnios espulsa dietro precoce rottura delle membrane.

3.° Le cause che sembrano favorire questa secrezione anormale sono la poliemia generale, ed una irritazione locale dell'utero, sopraggiunta, in parecchi casi, sotto l'influenza di una violenza esterna.

4.° Il sintomo patognomonico è la sortita dalla vulva di un liquido ordinariamente limpido, tenue, albuminoso, accompagnato o no da contrazioni dolorose dell'utero.

5.° Non esiste veruna lesione anatomica nota, che sia propria a questa malattia.

6.° La metrorrea, nel maggior numero dei casi, non è dannosa nè per la madre, nè pel feto; la gravidanza giunge al suo termine normale; durante il travaglio, la borsa delle acque si for-

ma ed il liquido amniotico è abbondante come di solito; il parto non è nè più lungo, nè più laborioso.

7.° Quanto alla cura, il più spesso non havvi nulla da fare; soltanto, quando la pletora generale è troppo considerevole, si può diminuirla, levando sangue, e intralciandone la formazione. In ogni caso, fuorchè in rare eccezioni, la gravidanza dev'essere abbandonata a sè stessa e il parto affidato ai soli sforzi della natura. (*Gaz. méd. de Paris, N.° 49 del 1858*).

Dello svuotamento delle ossa siccome mezzo di conservare le forme e le funzioni di un membro, e d'evitare le amputazioni; *del prof.* Sédillot, *di Strasburgo.* (*Estratto*). — In questo lavoro si tien porola delle resezioni sottoperiostee, di una nuova maniera d'operare che l'Autore propone di sostituire ad esse siccome più facile e più sicura nell'esito, ed infine si vuol rendere l'omaggio del primo concetto sulla conservazione del periostio nella estrazione delle ossa al sig. *Flourens*, e della prima resezione sottoperiostea, al chirurgo *Blandin*.

Molte amputazioni, dice *Flourens*, si possono risparmiare. Esportate l'osso, e conservate il periostio, quest' ultimo lo riprodurrà. Una novella chirurgia sorse da questa semplice osservazione, ed è stata inaugurata dal sig. *Blandin*, il quale praticò l'ablazione d'una clavicola cariata senza interessare il periostio; quindici mesi dopo la paziente era guarita, e la clavicola si era riprodotta.

Prosegue il *Sédillot* coll'enumerare i chirurghi che pubblicarono particolari osservazioni su tale argomento, ai quali mette a capo *Bordeu* e *Maisonneuve*, e con questi condivide l'opinione, ormai ammessa da tutti, sull' immenso vantaggio di conservare il periostio allo scopo di favorire la riproduzione d'un osso novello. A fronte di tali vantaggi lamenta come la pluralità dei chirurghi rimanga inerte spettatrice, e non si commova all'appello che promette alla chirurgia luminosi successi, ed all' umanità un beneficio inestimabile. Questa specie d'abbandono d'uno dei più preziosi ritrovati dell'arte a sollievo degli infermi, secondo l'Autore, troverebbe una plausibile ragione nelle difficoltà e nei pericoli

attinenti ai processi operativi. Il distacco del periostio, così l'Autore, e l'ablazione dell'osso sottoposto, sono operazioni piene d'ostacoli, allorchè si vogliono praticare sull'individuo vivente. Non si può distaccare il periostio senza che ne soffra gravi violenze, per stiramenti, pressioni, rotture, squarciamenti, donde la facilità delle infiammazioni suppurative, delle esulcerazioni, gangrene, flemmoni diffusi, infezioni purulente.

Il periostio, in qualunque modo distaccato da un osso lungo ed isolato, si deforma, e manca di forza per resistere alla contrazione dei muscoli, dal che ne conseguita inevitabile accorciamento dell'arto, e l'osso di nuova formazione ci si offre debole ed irregolare, malgrado l'impiego di appositi congegni inamovibili ed estensivi.

Allo scopo di evitare tali inconvenienti e pericoli, l'Autore propone un altro processo che, a suo credere, raggiunge perfettamente lo scopo, la riproduzione cioè di un novello osso mediante la conservazione del periostio. Questo processo consiste nello svuotare l'osso, lasciandone intatta la superficie esterna o corticale, la quale in seguito viene assorbita e rimpiazzata da un nuovo osso, che acquista di giorno in giorno volume e forza, ed assume le forme regolari dell'osso antico, purchè il periostio non sia stato intaccato o modificato. Nessun accidente è a temersi da questo processo operativo, e le funzioni della parte operata sono per nulla compromesse.

Il processo operativo è il seguente: si pratica una incisione longitudinale sull'osso ammalato, ove esso è più superficiale, ed il più lontano possibile dei grossi tronchi sanguigni e nervosi. Alle due estremità di questo primo taglio si praticano due altre incisioni fino rasente l'osso che abbracciano per $^1/_3$ circa la circonferenza dell'arto; per cui ne risultano due lembi laterali. Questi, rovesciati all'infuori, devono contenere anche la parte di periostio corrispondente. L'osso denudato vien tosto intaccato con apposito scalpello, forbice e molletta; lo scalpello serve per aprire l'astuccio osseo e praticare lo svuotamento, la forbice per esportare alcuni punti ossei prominenti e regolarizzare i bordi della ferita, le mollette a facilitare l'esportazione delle scheggie ossee. Penetrati nel canale, lo si svuota, prosciuga, regolarizza e lo si riduce ad

una specie di imbuto a pareti sottili, che si riempie di filaccie; la piaga delle parti molli vien medicata a piatto.

Vantaggi di questo processo sarebbero, secondo il *Sédillot*, la facilità dell'operazione, la sicurezza contro l'emorragia, avendosi una piaga piana; il rispetto agli attacchi muscolari, il facile sgorgo alla sierosità, al plasma ed al pus; infine avrebbe osservato l'Autore che l'infiammazione consecutiva è assai limitata, e non si ebbero mai a paventare la piemia e l'infezione purulenta.

Questo metodo sarebbe applicabile alle esostosi suppurate e spesso complicate da numerose fistole comunicanti col canal midollare, alle osteiti condensanti e rarefacenti di *Gerdy*, alla carie, a certi tumori bianchi, ed in fine in certe goniliti sarebbe a preferirsi alla resezione della articolazione ed all'amputazione della coscia.

Sgraziatamente nella prima parte di questo lavoro il sig. *Sédillot* col suo inescusabile silenzio su quanto si opera dal mondo scientifico fuori della Francia, dà manifeste prove di quella noncuranza, per non dir peggio, che distingue i suoi connazionali per le produzioni delle nazioni sorelle, mentre non isdegnano appropriarsene il patrimonio scientifico.

È vero che il chirurgo *Blandin* nel 1847 esportò una clavicola, conservando una porzione di periostio; ma è vero altresì ch'esso si apprestò all'operazione, non con l'idea di conservare la membrana generatrice dell'osso, bensì indotto a questa maniera di operare per pura accidentalità, o meglio ancora pel pericolo di ledere i vasi aderenti alla parte posteriore della clavicola. Del che ci chiarisce lo stesso *Blandin*, il quale pubblicando la storia del caso accennato, non accenna già d'inaugurare un nuovo processo operativo, ma si limita all'esposizione del fatto, senza dedurne veruna utile applicazione per le contingenze future.

In un paese nel quale i più frivoli accidenti si fanno argomento di accademiche discussioni e di giornalistiche contese, non doveva andar negletta una scoperta di sì alta importanza, qualora tale si fosse giudicata, mentre la storia pubblicata del *Blandin* non solo non trovò eco tra i cultori delle chirurgiche discipline in Francia, ma passò inosservata, se pure non giunse a suscitare il ridicolo, come rilevasi dalle parole di *Vidal de Cassis*, nella sua preziosa opera di patologia chirurgica, ove in proposito

così si esprime: « Che non solo è impossibile la rigenerazione dell'osso, mediante la conservazione del periostio, ma impossibile ancora la separazione di questo da quello ».

Tale asserzione però in bocca dell'illustre chirurgo parigino doveva esser affatto gratuita, mentre egli stesso nel febbrajo 1847 innanzi alla Accademia di medicina di Parigi fu relatore d'una Memoria del nostro dott. *Larghi* intitolata « Delle operazioni sottoperiostee » in cui erano abbastanza e logicamente espressi il primo concetto ed i vantaggi di questo nuovo processo operativo. È a lamentarsi solo che quella Memoria non fosse corredata dei casi pratici, come più tardi ebbe a confessare lo stesso cav. *Larghi*; per cui contro di essa si oppose il silenzio, quindi l'impassibilità derisoria, senza tentare la via degli esperimenti, ed in fine il giudizio di nullità d'effetto.

Quando però più tardi, nel 1855, il cav. *Larghi* rese di pubblica ragione gli ulteriori suoi studj su questo argomento, corredandoli di pratiche osservazioni, contro le quali non era lecito rinnovare le prime accuse, quando non tornava più facile trovare obbiezioni che di leggieri erano smentite dai fatti, si tentò denigrare a questa gloria della chirurgia italiana col millantare la modesta operazione del *Blandin*, al quale, lui insciente, si volle tributare l'onore primo di una delle più brillanti applicazioni della medicina operatoria moderna.

Ma innanzi alle inutili dispute sta qual giudice imparziale la storia, che a decoro della patria chirurgia innalza un monumento perenne alla memoria del cav. *Larghi*, monumento modesto, ma bastevole per rivendicare al nostro paese il primato d'una creazione, che speriamo germe fecondo di sempre felici risultati a sollievo dell'umanità. (*Gaz. des connaiss. méd. N.*° 24 *del* 1858).

Dott. *A. Rezzonico.*

Sul morbo bronzino o dell' ***Addison***; *del prof.* Lebert, *di Zurigo.* — Nella sua Rivista clinica dell'anno 1857 il prof. *Lebert*, giunto alle malattie del sangue, dice: che in questi ultimi tempi, per via del così detto morbo bronzino o dell'*Addison*, si ha diretto l'attenzione sopra nuovi punti di vista in tutti i casi di malattia del sangue, che vennero accolti con en-

tusiasmo. Egli, il prof. *Lebert*, però dai materiali raccolti sinora non sarebbe persuaso della nuova malattia e d'altra parte avrebbe delle osservazioni in contrario.

Così a lui sarebbero occorsi dei casi di suppurazione, di degenerazione tubercolosa e carcinomatosa, e ultimamente un caso di ipertrofia dei reni succenturati, senza che vi fosse quell'anemia particolare accompagnata dal color bronzino della pelle. E invece avrebbe avuto un caso di coloramento bronzino di una porzione della cute della faccia in un individuo morto per una malattia organica del cervello, senza che vi fosse anemia. Finalmente avrebbe osservato parecchi casi di anemia idiopatica finiti colla morte, nei quali non sarebbesi menomamente notato il color bronzino della cute e alla sezione i reni succenturiati non avrebbero presentata la minima particolare alterazione. D' altra parte un caso stato studiato chimicamente dal prof. *Lebert*, lo avrebbe persuaso, che ben ad altre cose si dovrebbe aver riguardo in simili circostanze, che non al pigmentamento ineguale e alla malattia dei reni succenturiati, mentre i prodotti di divisione dei corpi albuminoidi, come la leucina, la tirosina, la xantina, la taurina, l'inosite, l' urea, forse hanno una parte nel disturbare la metamorfosi organica. E quand'anche le nuove investigazioni fisiologiche e chimiche di *Brown-Séquard*, di *Velpeau*, di *Gratiolet*, di *Virchow*, ecc., avessero a dimostrare che i reni succenturiati hanno una maggior importanza di quello che si è creduto sinora, quand'anche avessero a provare che la sostanza dei reni succenturiati in certe circostanze particolari e in istato di malattia può agire in un modo chimico straordinario ed esercitare una azione di contatto in certo qual modo fermentante sugli umori del corpo, che produrrebbe diverse alterazioni di nutrizione, tutte queste cose non sarebbero ancora che possibilità sulle quali non potrebbe esser fondata una storia patologica, per la quale sarebbero necessarii fondamenti solidi costituiti da fatti certi. (*Wiener med. Wochenscrift, N.° 34 del* 1858).

Sulla gangrena nosocomiale; *del dott.* Groh, *di Olmütz.* (*Estratto*). — A pochi chirurghi è dato di poter studiare la gangrena nosocomiale come fu concesso all'A. per alcune circostanze particolari in cui si trovò. Egli adunque fece tesoro

delle sue osservazioni e le pubblicò nell'articolo di cui si riassumono qui le conclusionali, molte delle quali non sono nuove. — Negli ospitali ordinarii, momento occasionale della gangrena nosocomiale sono quasi esclusivamente, almeno dapprincipio, gli influssi epidemici. — I cambiamenti improvvisi e marcati di temperatura hanno un influsso importante sullo sviluppo della gangrena nosocomiale. — Tutte quelle potenze che diminuiscono la plasticità degli essudati (l'umidità e la ristrettezza dei locali, la miseria e i patemi d'ogni sorta) possono in certe circostanze produrre anche la gangrena nosocomiale. — Quei feriti od ammalati di bubboni suppuranti che pervennero sotto la cura del dott. *Groh*, dopo che avevano sopportato un lungo trasporto, furono presi dalla gangrena nosocomiale con grandissima facilità. — L'alimentazione scarsa dispone alla gangrena nosocomiale. — Le condizioni sfavorevoli di alcuni ospitali (gli ospitali di campo) esercitano la massima influenza snllo sviluppo della gangrena nosocomiale. — L'aria serve di veicolo al contagio della gangrena nosocomiale, che così va propagandosi da letto a letto, da camera a camera. — La vicinanza di ammalati gravi influisce sfavorevolmente, i suffumigi influiscono favorevolmente sull'andamento della gangrena nosocomiale. — La gangrena nosocomiale vien trasportata dall'uno all'altro individuo col mezzo del suo essudato. — Gli individui estremamente deperiti hanno una particolare dispozione alla gangrena nosocomiale che non risparmia del resto nemmeno le più robuste costituzioni. — Di molte ferite suppuranti di uno stesso individuo una sola può esser presa dalla gangrena nosocomiale anche recidivamente, senza che se ne possa trovare la ragione. — La gangrena nosocomiale non merita sempre un tal nome; alcune volte si potrebbe chiamar meglio col nome di fagedena, coll'aggiunta dell'epiteto di epidemica o sporadica, ecc. — La gangrena nosocomiale incomincia e decorre sotto tutte le diverse forme notate dagli autori. — Il punto di partenza della gangrena nosocomiale sono ordinariamente le superficie suppuranti e non di rado le parti contuse, come nelle bastonate. — La sensibilità esaltata, prodromo ordinario dell'essudato che va a deporsi, lo scioglimento dei tessuti e dell'essudato versato in essi. in una marcia copiosa, attaccaticcia e d'un fetore particolare sono i sintomi caratteristici della gangrena nosocomiale. — L'as-

serzione che nella gangrena nosocomiale le parti molli perdono ogni traccia del loro tessuto originario non è da prendersi sempre in un senso strettissimo. — La distinzione della gangrena nosocomiale in ulcerosa e polposa a norma dello spessore delle parti da essa affette, conviene nel maggior numero di casi, ma talvolta nel decorso della malattia la forma cangia. — La resistenza che i tessuti presentano alla gangrena nosocomiale varia a seconda della natura dei tessuti stessi; sugli estremi della scala stanno da una parte le granulazioni e le cicatrici recenti, dall' altra i muscoli e le fascie che ordinariamente determinano il confine della gangrena. Le vene si spogliano dei tessuti che le circondano, si obliterano e si convertono in cordoncini. — La gangrena nosocomiale può prendere delle estensioni spaventevoli tanto in largo che profondamente. — Le recidive nella gangrena nosocomiale non sono rare. — La prognosi nella gangrena nosocomiale sia sempre dubbia anche nei casi apparentemente leggeri. — Allo sviluppamento della gangrena nosocomiale si adottino subito tutte quelle misure igieniche che soglionsi praticare quando si sviluppa una malattia contagiosa. — La medicazione locale della gangrena nosocomiale ha per iscopo di pulire, lavare la parte con acqua disinfettante e di combattere l'iperemia. La pietra infernale, l'esportazione colla forbice delle parti gangrenate convengono quando la gangrena si è approfondita. — Il dolore è un sintomo grave che accompagna la gangrena nosocomiale, e talvolta è così forte da portare alla disperazione il paziente. Il dott. *Groh* fa uso dei soliti calmanti contro di esso; in parecchi casi poi ha trovato utile i passi colle mani, come usano i magnetizzatori quando vogliono praticare il magnetismo di una parte. L'A. ne fa dipendere l'esito, non già da una azione magnetica, ma da una deviazione dell'attenzione del paziente occupata nel momento a scoprire le conseguenze di quei maneggi. — Gli ammalati di gangrena nosocomiale, quando non vi siano controindicazioni speciali, devono essere ben nutriti. (*Ibid.*, *N.* 35, 36, 37 e 38).

Del tatuaggio per imitare il rosso labiale nella cheiloplastica; *del prof.* Schuh, *di Vienna.* — Il prof. *Schuh*, in una ragazza, alla quale aveva ricostituito il naso e tuttedue le labbra, togliendo la pelle pel naso dalla fronte, quella

pel labbro inferiore dal mento e dal collo, e quella pel labbro superiore da un braccio, avendo notato che la mancanza di un esito brillante dipendeva in gran parte dall'essere costruito il margine del labbro superiore da corion coartato e mancante del color rosso naturale del labbro, pensò a riparare a questo difetto col tatuaggio. — Avvolti alcuni aghi da cucire con del reffe cerato fino alla distanza di due o tre linee dalla punta, uniti insieme questi aghi in numero di 12 a 15 in modo da formare una specie di pennello, preparata una pastiglia di cinabro ed acqua, tracciati coll'inchiostro i confini della parte che doveva esser tatuata, si mise a punzecchiare intridendo di frequente la punta degli aghi nella pasta di ginabro e ottenne il coloramento in rosso della parte tatuata, coloramento che dopo un anno e 1/2 si manteneva perfettamente. Il dolore in questa operazione è poco; il sangue che geme dai forellini serve ad indicare dove si è punzecchiato a sufficienza; il cinabro che si deposita sul labbro deve esser lasciato in sito sino al giorno successivo. *Schuh* opina che il tatuaggio possa prestare dei buoni servigi nella chirurgia plastica. (*Ibid.*, *N.°* 47).

Dott. *A. Bossi.*

Della sifilide papulosa al palato molle ed alle tonsille; *del prof.* Sigmund, *di Vienna.* (*Estratto*). — La papula sifilitica al palato molle ed alle tonsille, a dire del prof. *Sigmund*, è più frequente di quanto comunemente ritiensi. Tal forma morbosa passa talora inosservata, o sotto la denominazione di angina delle fauci e delle tonsille, o di faringite, o di tonsillite, o di ulceri alla faringe, alle fauci, alle tonsille.

La sede della papula si è la glandola mucipara, ben di rado la membrana mucosa; il tessuto di queste parti e della cellulare sottomucosa presenta dei rialzi d'infiltramento circolari, ben marcati, e forma dei rigonfiamenti della grossezza di un grano di miglio, o di un seme di canapa, e perfino di una lente e simili, che sono d'un rosso più scuro della circostante mucosa. Nel decorso ulteriore varie di queste papule si raggruppano l'una all'altra; da esse rimangono cospersi gli archi palatini, il velo pendulo e le tonsille, ed i margini dei primi vengon quasi da una striscia separati dal palato molle che rimase illeso; questo rosso-

re più intenso agli archi anteriori del palato lo si può osservare assai bene in molti sifilitici, qualora si presti un attento esame ai loro margini. Le papule cosi sviluppate compiono dippoi l'ordinario decorso; finito che sia l'essudamento nel tessuto mucoso e cellulare, si sposta l'epitelio, si scalfisce al punto più prominente della papula, il corpo papillare coll'essudato in esso racchiuso si distacca, nel mentre che all'ingiro s'innalza l'epitelio e staccasi egli pure, per modo che i luoghi occupati dalla papula presentano una superficie giallo-bianchiccia, tomentosa, anzi talora aftosa o crouposa, se avvenne il distacco di più papule agglomerate; oltre a ciò succede pure, che il muco, il pus ed il secreto delle ghiandule mucipare frequentemente ricoprono tali superficie, per cui vengono ritenute per ulceri. Alle tonsille si smovono e si sollevano i margini dei condotti escretori, e si staccano, nel mentre che il contenuto delle ghiandule s'accumula e sta all'apertura di essi alquanto approfondatasi; allora pare che sulle tonsille sianvi piccole ulceri.

A poco a poco avvizziscono le prime papule, e vannosi formando delle nuove, le quali o tengono il suddescritto decorso od abortiscono senza arrivare al pieno sviluppo e molto facilmente si distaccano. In questo stadio delle papule non avviene mai l'esulcerazione, cioè la deposizione dell'essudato con rammollimento del tessuto e con forma ben marcata; succede talvolta che desse rammollite cadono, principalmente negli scrofolosi, tubercolosi ed anemici, lasciando delle superficie suppuranti, piatte, poco marcate, che a poco a poco cicatrizzano. — Le papule scompajono pel semplice riassorbimento dell'essudato che dà loro origine, non di rado completamente, e tutt'al più non lasciano che un rossore ben limitato, e lieve tumefazione della mucosa, sulla quale desse insorsero.

A molti malati, anzi quasi a tutti, le papule al palato ed alle tonsille inducono sì lievi disturbi nella deglutizione, loquela e nel respiro, e principalmente così leggieri dolori od incomodi, *che non ne fanno alcun cenno;* la voce ben di spesso viene per nulla alterata. In alcuni però s'osserva tutto l'opposto: il loro respiro, la deglutizione e la loquela sono difficultati: accusano vivi dolori, e la lor voce si fa rauca, e talora v'ha anche afonia; in

quest'ultimo caso a motivo che il processo morboso si è propagato alla glottide.

È una eccezione che le papule esistano *del tutto isolate* alle suaccennate parti; nel più dei casi lo stesso processo è pure sviluppato in altre regioni, principalmente ai genitali, all'ano, alle labbra, ecc. — *La formazione delle papule per lo più succede nel periodo dei primi tre o sei mesi dalla formazione dell' ulcera sifilitica;* rarissimo è il loro sviluppo ad epoca più avanzata; *assai frequentemente* all' incontro osservansi delle recidive dell' istessa forma sulle medesime o sulle circonvicine parti, che il più delle volte sono di lievissimo grado ed inducono leggieri disturbi.

Grande rassomiglianza colle papule viene offerta *dai tubercoli sifilitici*, che insorgono al palato, od anche alle tonsille; ma dessi compajono *a periodo più inoltrato*, dopo due o tre anni ed anche più tardi; dessi risiedono il più comunemente sul *palato molle*, ed anche *sull'osseo*, sotto forma circolare o semicircolare ordinati in linee e gruppi distintamente marcati; il tessuto occupato dai tubercoli si *rammollisce e cade regolarmente*, formansi così *piccole esulcerazioni*, che spesso confluiscono; il loro fondo è approfondato, lardaceo, il margine assai marcato, da una parte il fondo s'innalza, e l' esulcerazione cicatrizza, e *dall'altra progredisce il processo d' infiltrazione e di rammoltimento*, mentre la mucosa più vicina s' arrossa alquanto. Simili tubercoli ed ulceri sono talora assai piccoli, e si comportano a modo del tubercolo miliare; trovansi infatti anche negli scrofolosi e tubercolosi, non però esclusivamente in questi, e ben di spesso sono accompagnati da tubercoli sifititici in altre parti del corpo. Dalla confluenza di questi piccoli tubercoli, o dalla caduta di varii più grossi, od anche di un solo piuttosto rilevante, ne insorgono esulcerazioni che inducono quelle estese perdite di sostanza che osservansi talvolta al palato molle, od all'osseo, od al velo pendulo, od alla parete posteriore delle fauci, od alla parte superiore della mucosa della cavità nasale, ed alla laringe, distruzioni, che dai meno esperti si teme possano nascere nei sifilitici anche nei primi mesi; le suddescritte papule non ingenerano mai simili distruzioni di parti. Solo dalle esulcerazioni, non dalle papule, ponno essere indotte le perforazioni, l'adesione delle parti molli del palato colla

parete delle fauci, e le cicatrici radiate ed increspate in queste parti.

La cura della sifilide papulosa viene dal prof. *Sigmund* divisa in locale e generale. Appoggiato a molteplici osservazioni egli dice che in molti casi anche senza cura locale le papule si correggono con un'appropriata cura generale, ma che la medicazione topica alle singole papule è però necessaria, *e che le conduce più prontamente a guarigione.* Qualora sianvi sintomi flogistici, e nessuna controindicazione da parte dell'individuo, del tempo e del luogo di dimora, egli consiglia i fomenti freddi al collo, e collutorii e gargarismi leggermente astringenti; se si ha che fare con malati, dei quali si può viver sicuri che non abbiano a deglutire il medicamento, egli propende per le soluzioni diluite di sublimato (da 2 a 4 gr. in onc. j d'acqua); altrimenti usa l'allume, il tannino, la ratania ed il cloruro di potassio, dei quali crediamo inutile riferire la dose adoperata. Tali gargarismi devonsi ripetere *due, tre volte all'ora.* Se le papule sono molto estese e dolorose, si pennellano con una soluzione di sublimato (un grano in una dramma d'alcool) due volte al dì, facendo quindi sciacquare le fauci con bevanda fredda; l'effetto ottenuto colla tintura d'oppio, semplice o composta, non è così immediato; i tocchi colla pietra infernale non arrecano, a detta del prof. *Sigmund*, quei grandi vantaggi che generalmente loro si attribuiscono; riescono d'altronde difficili, principalmente alla parte inferiore delle tonsille e dei pilastri palatini, e sono nocivi ai vicini denti. Per regola generale i collutorii ed i gargarismi devono essere freddi. Il dolore che insorge dalle pennellazioni è di breve durata.

La cura generale sta nell'uso dei mercuriali, da sciegliersi a norma dell'individualità. Il prof. *Sigmund* sostiene, che il protoioduro, appunto tanto vantato in queste forme, o solo, od in unione dell'ioduro potassico, dà risultati poco soddisfacenti; che dall'uso del sublimato o dell'unguento cinereo si hanno le guarigioni più numerose, *colla più tenue cifra delle recidive*; e che anche nei casi di recidiva sono sempre a preferirsi le frizioni mercuriali a tutti gli altri metodi. Coadjuvava una tal cura con 6, 12, 18 oncie al giorno di decotto di *Zittmann* per date individualità, ottenendosi così facili dejezioni alvine. — Dal bromuro di

potassio, dal solfato di zinco preconizzato in questi ultimi tempi, ed in ispecie dall'joduro potassico, il prof. *Sigmund* dice non aver ottenuti felici risultati. Scompajono i sintomi flogistici, diminuisce l'essudato, anzi dopo un prolungato di lui uso svaniscono a poco a poco anche le papule; ma ciò avviene anche, se per un lasso di tempo del pari lungo non si fa cura alcuna generale; più tardi il male recidiva, od insorgono nuove forme ed in altre regioni eziandio.

Per ultimo il prof. *Sigmund* parla del regime dietetico da tenersi, e mette in guardia i pratici dalle frequenti complicazioni morbose alle fauci, trachea e laringe nei tubercolosi e scrofolosi, e raccomanda di tener calcolo delle nocive influenze esterne, che va enumerando. (*Oest. Zft. f. pract. Heilk.*, *N.*° 35 *del* 1858).

Dott. *G. Rotondi.*

Anasarca guarito dal decotto di fragaria; *del dott.* Van Hoof. — Anasarca considerevole con tumefazione della milza, in un giovane che aveva patito febbri intermittenti; i rimedj i più svariati avendo completamente fallito, l'Autore lasciò che i parenti dell'infermo, del quale egli disperava, tentassero i mezzi empirici; tutto fu inutile. Ricordandosi d'aver letto in un giornale una guarigione d'idrope ottenuta col mezzo del decotto di fragaria volgare, lo somministrò al proprio infermo, il quale ne bevette sino a tre pinte al giorno, e guarì completamente. Questa osservazione, soggiunge l'Autore, prova che il medico non dee mai perdere le speranze, sinchè il malato vive; ch'egli non può mai essere sistematico; che deve tutto tentare; e che un rimedio per quanto sembri insignificante, fosse anche empirico, non può essere respinto, quando presenta qualche probabilità di riescita. (*Écho méd. Suisse*, dagli *Annales de méd. d'Anvers*, 1857).

Del cloridrato d'ammoniaca contro la nevralgia; *del dott.* Beenchley. — Il cloridrato d'ammoniaca, del quale l'Autore ha potuto verificare l'efficacia sopra sè stesso, e che è molto in uso nell'India per la cura delle nevralgie, si amministra durante l'accesso alla dose di due grammi tutte le ore, in una mistura canforata. Ne risulta non solo la sedazione

pel parossismo attuale, ma ben anco una preservazione efficace contro i consecutivi. L'Autore lo adoperò in un uomo di 23 anni, tormentato da lungo tempo da una nevralgia atroce, i cui attacchi ricorrevano tutti i mesi, quasi regolarmente. Il solfato di chinino e l'arsenico non avevano prodotto che un miglioramento temporario. Il valerianato d'ammoniaca erasi mostrato completamente impotente. Egli prescrisse il cloridrato di ammoniaca alle dosi e secondo gli intervalli indicati; l'ammalato da tre mesi non ebbe più accessi. — Secondo l'Autore, il rimedio agisce come sedativo indiretto, diminuendo l'azione arteriosa. Ciò che avvi almeno di certo si è che vedesi sotto la sua influenza abbassarsi di molto la temperatura della bocca, come della faccia. Così sembra desso particolarmente indicato nelle forme nevralgiche accompagnate da calore e da gonfiore delle parti dolorose. (*The Lancet* e *Gaz. méd. de Lyon, N.° 20 del* 1858).

Soluzione di cloruro di calcio alcoolica; *del sig.* Chevallier. —

R. Cloruro di calcio secco in polv. fina . . 8 grammi
Acqua distillata
Alcool a 36°, ana . . . . 64 "
Olio essenziale di garofani . . . . . . 2 goccie

Tratta il cloruro coll'acqua, decanta, poi filtra ed aggiungi l'alcool, quindi l'olio essenziale.

Un mezzo cucchiajo da caffè in un bicchier d'acqua per lavar le gengive servendosi d'una spazzola a spugna. Adoperata per distrugger l'odore del fumo di tabacco, e in lozioni, nei casi di rammollimento delle gengive con ulcerazioni fetide. (*L'Art. dentarie, N.°* 8).

Delle guarigioni d'albuminuria e d'altre idropi con rimedj diversi; *del prof.* Forget, *di Strasburgo.* (*Conclusioni*). — 1.° Qualunque siasi la causa alla quale bisogni connettere l'origine di un idrope, questo elemento richiede sempre per sè stesso una cura particolare; 2.° Tale necessità risulta forzatamente dalla impossibilità in cui siamo, in molti casi, di precisare e soprattutto di combatterne la cau-

sa; 3.° Gli stessi metodi convengono in molte specie di idropi (renali, cardiaci, meccanici, cachetici), cioè veruna specie non comporta una cura specifica, efficace, *a priori*, nella generalità dei casi; 4.° Gli stessi rimedj riescono o falliscono in tutti i generi d'idrope. Non è, il più spesso, che esplorando man mano i diversi mezzi, che si giunge a scoprire il più efficace; 5.° Benchè il razionalismo e l'esperimento possano e debbano stabilire un ordine di successione nel quale le diverse medicazioni debbono essere impiegate, accade spesso che quella che riesce, non è quella sulla quale si contava maggiormente; 6.° La resistenza della malattia e l'incertezza dei risultati autorizzano l'uso simultaneo di parecchie medicazioni più o meno energiche. (*Bull. de thérap.*).

Cura dei copiosi flussi emorroidarj coll' uso della millefoglio; *del prof.* Teissier, *di Lione.* — Dalle ricerche fatte dall'Autore sulle opere degli antichi, e da esperimenti suoi proprj risulta: 1.° Che la millefoglio (*achillea millefolium*) amministrata nell'interno sotto forma d'infuso o di succo compresso, ha un'azione potente sui tumori emorroidarj; 2.° Che essa ha la proprietà di moderare ed anche di sopprimere i flussi emorroidarj eccessivi, proprietà preziosa nei casi in cui lo scolo sanguigno è abbastanza considerevole per produrre, come lo si vede soventi, la perdita delle forze, od anche una vera anemia; 3.° Ch' essa gode altresì della proprietà d' inaridire le secrezioni mucose e puriformi del retto che si collegano puramente ad ingorghi emorroidarj e non a degenerazioni cancerose; 4.° Che l'azione antiemorragica della millefoglio non è punto il risultato di una semplice azione astringente che potrebb' essere ripercuziente; ch' essa agisce in modo speciale e diretto sui vasi e sui nervi del retto, e che questa azione, come l'hanno detto alcuni autori, è astringente insieme, tonica e sedativa; 5.° Che l' uso di questo rimedio dev' essere riservato soprattutto pei flussi emorroidarj passivi con istato varicoso ed atonia del retto, e pei flussi i quali, benchè attivi, hanno indotto per la loro abbondanza una debolezza profonda e dei disordini nella salute generale. (*Ibid.*).

Dell' uso terapeutico dell' acido gallico; *del dott.* Bayes. — Secondo l'Autore, l' acido gallico non verrebbe

generalmente adoperato come merita. Esso lo vanta come il migliore degli emostatici e preferibile ad ogni altro: nelle emorragie attive da qualsiasi organo o parte del corpo esse procedano; nelle emorragie passive, nelle secrezioni eccessive, pirosi, diarrea sierosa, bronchite cronica, flusso bronchiale, ecc.; negli stati atonici del tubo gastroenterico e del corpo in generale, in particolare nella rachitide; nei flussi emorroidarj, in certe piaghe. — In caso di emorragia attiva l'Autore l'adopera alla dose di un cucchiajo d'acqua satura (0 gr. 25) ad ogni 4 o 5 minuti. Quando il sangue cessa di colare, se ne rallentano le somministrazioni. In generale la indicazione della saturazione è marcata da un senso di costrizione verso la fronte ed al dissopra degli occhi, o da un ronzìo nelle orecchie o nella testa. (*Ibid.*).

Del percloruro di ferro, somministrato internamente, nelle emorragie; *dei sigg.* Deleau *e* Vigla. — Le numerose osservazioni pubblicate in appoggio dei buoni effetti dell'uso topico del percloruro di ferro nei casi di emorragie esterne, dovevano richiamare ai medici l'azione di questo possente emostatico nelle emorragie interne. I fatti i più numerosi sono stati pubblicati nel *Moniteur des Hôpitaux* dal sig. *Deleau*. Queste osservazioni comprendono parecchi casi di emorragie intestinali dissenteriche, di emoptisi, di purpura, nei quali il percloruro di ferro dato internamente ha trionfato dello scolo sanguigno. L'A. riferisce parimenti due osservazioni di metrorragia ed una di emorragia rettale, nelle quali il nuovo agente è stato propinato con successo all'interno ed in injezioni. A queste osservazioni il sig. *Vigla* viene ad aggiungere i risultati da esso constatati. — Ecco la formula della pozione di sesquicloruro di ferro addottata dall'Autore: *sesquicloruro di ferro* 0 *gr.* 50 ad 1 *gr.*; *aq. still.* 250 *gr.*; *zucchero q. b.* — Questa pozione, propinata nei casi di emorragie intestinali, nei pazienti di febbre tifoidea, ha sempre indotto un notevole miglioramento del sintomo emorragico. Per le emorragie esterne, per le injezioni vaginali e rettali, si può servirsi della stessa formula, sopprimendo lo zucchero. Secondo gli effetti ottenuti si dovranno aumentare o diminuire le dosi dell'agente emostatico. (*Ibid.*).

Uso dell'olio essenziale di terebentina e dell'oppio ad alte dosi nella cura dei fenomeni puerperali gravi; *del dott.* Bonfils. — Fra i diversi metodi di cura della peritonite puerperale grave, quello del dottor *Graves*, di Berlino, non fu sperimentato in Francia, a quanto pare, che dal solo *Trousseau*. Esso consiste nel somministrare alle puerpere affette da metro-ovarite o da flemmoni dei legamenti larghi, o da peritonite, o da flebite uterina, ecc., l'oppio e l'olio essenziale di terebentina ad alte dosi. — *Trousseau* fra gli altri casi ha trattato con questo metodo e con successo una donna affetta da peritonite e da una doppia pleuro-pneumonite, ed una donna affetta da peritonite generale assai grave; la peritonite fu rapidamente tolta e guarita, ma dopo un considerevole miglioramento che faceva sperare il prossimo ritorno alla salute, la paziente venne sorpresa da fenomeni settici molto insidiosi al loro esordio, e finì per soccombere, secondo ogni probabilità, ad una infezione putrida.

Nel primo caso *Trousseau* prescrisse l'oppio in pillole e la terebentina in clisteri, somministrando dapprima 5 centigrammi di oppio in 5 pillole da prendersi nella giornata, indi elevò la dose ad 8 centigr. in 8 pillole, infine a 10 centigr. in 10 pillole. L'oppio fu continuato per 13 giorni. La terebentina fu propinata dapprima alla dose di 10 grammi in 2 clisteri, uno al mattino, l'altro alla sera, indi se ne elevò progressivamente la dose a 20, 25 e 30 grammi, durando in quest' ultima per 6 giorni. La terebentina è stata continuata per 15 giorni. Ecco la formola per due clisteri: *Olio essenziale di terebentina,* 10, 20, 25, 30 *grammi; giallo d'uovo N.*° 1; *acqua* 100 *grammi.* — Aggiungete ad ogni clistere 5 o 6 cucchiaj d'acqua di malva o di semi di lino. Farlo conservare alla paziente il maggior tempo possibile.

Nel secondo caso l'oppio è stato dato parimenti in pillole alla dose di 5 centigrammi durante 3 giorni. Quanto all'olio essenziale di terebentina venne dato per bocca nelle capsule di lichen. Tutti i giorni, durante sei giorni, l'ammalata prese sei capsule di terebentina; ogni capsula conteneva 1 grammo d'olio essenziale. Si porgevano due capsule al mattino, due altre a mezzodì, le due ultime a sera.

Ecco quali sono stati i fenomeni fisiologici apparsi in entrambi i casi sotto la influenza di questa medicazione. — Nel secondo, immediatamente dopo l'ingestione delle capsule, l'ammalata accusava una sensazione di intensissimo calore a livello del cavo epigastrico; dopo alcuni istanti, eravi reazione generale assai franca, caratterizzata da calore, sudori generali, e della ampiezza e frequenza maggiore del polso, poi consecutivamente sorgevano turbe visive, vertigini, stordimenti, sonnolenza. Il prurito cutaneo insorse tardivo.

I fenomeni fisiologici sono stati meno pronunziati nei casi in cui la terebentina fu somministrata per clistere. Infatti una sensazione di calore nel ventre, tosto dopo la sua propinazione, una reazione generale poco intensa, alcune vertigini e stordimenti, lievi turbe visuali, qualche prurito cutaneo, tali furono i fenomeni accusati dall'inferma. *(Ibid.)*

Dell' uso terapeutico della propilamina; *del dott.* Awenarius. — La propilamina che si ottiene dalla salamoja delle aringhe, dall'olio di fegato di merluzzo, dalla segale cornuta, dalle orine dell' uomo, sembra, secondo l'A., poter rivendicare la proprietà di diventare un vero specifico contro le affezioni le più diverse, d'origine reumatica. Essendo molto oscura la diagnosi di questi mali, si riesce eziandio, secondo il sig. *Awenarius*, coll'uso della propilamina, a mettere in chiaro in pochi giorni la vera natura della malattia. L' A. ha curato con questo rimedio 250 ammalati nell'ospedale Kalinkin, a Pietroburgo, dal marzo 1854 al giugno 1856, e l'ha inoltre adoperato con mirabil successo fuori dell'ospedale, in un considerevol numero di reumatismi, sì acuti, quanto cronici. La maggior parte di questi erano il reumatismo parziale o generale, la prosopalgia reumatica, le metastasi reumatiche al pericardio, alle meningi od alla pleura, le emiplegie o le paralisi delle estremità inferiori. Nei casi acuti il dolore e la febbre erano all'indomani scomparsi.

Eccone la formola: *Propilamina*, 24 *goccie; aq. still.*, 6 *oncie.* — Aggiungere in caso di bisogno: *Eleosaccaro di menta piperita*, 2 *scrup.* — Da prendersi un cucchiajo ogni 2 ore. Bisogna soprattutto badare a che il rimedio sia fresco e puro. *(Med.*

Zeit. Russland's, e *Journ. de méd. etc. de la Soc. des sc. méd. et nat. de Bruxelles, sept.* 1858).

Efficacia del *peucedanum austriacum* contro l'epilessia; *del dott.* Fagod. — Assicura l'A. che la radice e l'erba di questa pianta sorpassano di molto la nota azione antiepilettica del *peucedanum palustre*, ed egli la preconizza pure particolarmente contro i cancri dello stomaco. La si amministra in polvere, alla dose di mezzo scrupolo, tre volte al giorno ed anche più. — Questa pianta costituisce la base principale di un rimedio secreto, che da gran numero di anni ha molto spaccio e si vende assai caro. (*Ibid.* dalla *Schweiz. Zft. f. pharm., N.°* 8 *del* 1858).

Cura delle escare del sacro; *del dott.* Leclerc. — L'A., medico in capo degli ospizj civili di Laon, ci fa conoscere un mezzo che consiste nella applicazione del tannato di piombo allo stato umido, dacchè havvi o rossore o sensibilità della regione sacrale. Pure, se l'escara si forma, allorquando incomincia a distaccarsi, si medicherà col tannato di piombo alla terebentina.

Ecco la formola del tannato di piombo allo stato umido: *Scorza di quercia contus.*, 32 *gram.; aq. f.* 250 *grammi.* F. bollire sino alla riduzione di 125 grammi; aggiungi al liquore passato allo staccio: *Estratto di saturno q. b. sino a cessazione del precipitato.* — Il precipitato sarà raccolto sopra un filtro. — Se ne mette un forte stralo col dito sulle parti minacciate da gangrena e si ricoprono con fino pannolino. Questo mezzo è preferibile a tutti quelli sinora preconizzati, perchè adoperato in tempo, impedisce quasi sempre la formazione dell' escara. (*Abeille méd.*, 9 agosto 1858).

Pomata epispastica di essenza di crotontiglio; *di* Bouchardat. —

Pr. Sugna di porco	. . . . . .	22 grammi
Cera bianca	. . . .	2 »
Olio di crotontiglio	. . . . .	6 »

Si fonde la cera con la sugna ad un calore dolce, si tritura

la meschianza in un mortajo caldo sino a raffreddamento, e poi si mescola intimamente l'olio di crotontiglio.

Questa pomata è più eccitante di quella di euforbio ed è molto indicata ogni volta si abbia a temere qualche inconveniente dall'azione della cantaride sulle vie orinarie. L'olio di crotontiglio contiene il 4 per cento di *crotonolo* che è il principio epispastico dell'olio stesso. (*Ann. di chimica, dic.* 1858).

Siroppo di caffè composto contro la tosse convulsiva; *di* COURBASSIER. —

Caffè di moka	250	grammi
Liscivasi con acqua bollente, in modo di averne un infuso di	500	»
In esso disciolgansi:		
Estratto alcoolico di belladonna	5	»
» di ipecacuana	5	»
» di china	2	»
Zuccaro	500	»

Si tratta il tutto a bagno-maria e quindi si filtra.

La dose pei fanciulli di 3 a 5 anni è di 15 grammi, ripetuta tre volte al giorno; si diminuisce o si cresce la dose in proporzione dell'età. (*Ibid.*).

Preparazione dei cigari antiasmatici detti *Espic de Bordeaux*. —

Foglie scelte di belladonna	0,30	centigr.
» di giusquiamo	0,15	»
» di stramonio	0,15	»
» di fellandrio acquatico . . .	0,05	»
Estratto gommoso d'oppio	0,013	milligr.
Acqua di lauro-ceraso q. b.		

Le foglie, fatte essiccare con cura e private delle loro nervature, sono tagliuzzate finissimamente e mescolate esattamente. L'oppio è disciolto nell'acqua di lauro-ceraso; la soluzione viene versata su tutta la massa. La carta destinata alla formazione del cigaro è preventivamente lavata col macerato delle foglie superiormente indicate nell'acqua di lauro-ceraso, e fatta poscia essiccare.

Quando l'accesso asmatico è violento, si devono fumar di detti zigari uno o due per notte, nel momento dell'accesso, e non sette o dieci zigari, come sarebbero indotti a fare molti ammalati mal consigliati, perchè l'abuso di questo suffumigio presto ne toglie ogni efficacia.

Allorchè il malato non può fumare, vi si supplisce bruciando nella sua camera foglie di datura stramonio. (*Ibid.*).

Usi medici del ranno; *del dott.* Paolo Mantegazza. — Il dott. *Brauning* di Vienna consiglia di curare il patereccio introducendo il dito infiammato ogni mezz'ora, o ogni ora, per lo spazio di cinque minuti, nel ranno comune delle lavandaje, facendo poi delle fomentazioni locali collo stesso liquido. Non è che nei casi di infiammazione molto acuta ch'egli ricorre all'applicazione delle sanguisughe. Con questo mezzo egli impedisce qualche volta la suppurazione, e la rende sempre leggiera e superficiale.

Il *Brauning* non ha fatto altro che richiamare alla memoria un rimedio dimenticato. — Le lozioni di carbonato potassico vennero già adoperate come detergenti nelle ulceri, nelle ferite, negli ascessi; e come risolventi nei tumori e negli ingorghi di ogni sorta. Nella rachitide venne consigliato da *Alidgaud* e *Bonhomme*; nell'idrocele e nel sarcocele da *Plantié*; nelle ulceri veneree ribelli da *Swediaur; Levret, Hufeland* e *Willich* le usarono nelle congestioni lattee alle mammelle. — Non citeremo le numerose applicazioni che ebbe il carbonato potassico nell'oculistica; e delle quali appena ci resta qualche formola ancora usata fra le tante che rimasero sepolte nelle polverose pagine delle vecchie Farmacopee, e passeremo di volo sul consiglio di *Rees* di adoperarlo nelle cauterizzazioni prodotte dagli acidi minerali concentrati.

Ci fermeremo soltanto, perchè fa al caso nostro, sugli elogi che fece *Kirchoff* fin dal 1818 dei bagni locali caldissimi di un liscivio potassico rinnovati di due in due ore nel patereccio già suppurato e già aperto dalla mano del medico.

Non saprei come questo consiglio passasse dai giornali dimenticato nella pratica popolare d'America; ma so benissimo che in una grande estensione delle provincie Argentine, e più che altrove sulle frontiere di Bolivia, ho veduto adoperare il ranno

caldo nel patereccio, nelle mastitidi lattee e in generale in tutte le infiammazioni esterne che minacciano di passare a suppurazione. La soluzione potassica si usa caldissima e in grado di mediocre concentrazione; e si applica in bagni o con pannolini, o lasciandola cadere in zampillo sulla parte affetta. — Ho accolto dapprima questo rimedio popolare con molta diffidenza; ma ho dovuto poi persuadermi della sua efficacia. — Non è certamente il ranno un rimedio specifico o molto meno una panacea; ma può meritarsi lo stesso posto di molti altri risolventi delle nostre comuni Farmacopee. — Sotto la sua azione il processo suppurativo si impedisce o si rende meno doloroso; e credo di poter affermare che qualche volta rende meno facile il processo esulcerativo di indole maligna e la gangrena.

Adoperiamo intanto il rimedio senza domandarci il *quomodo agit.* — È troppo facile l'inventare una teoria ed è troppo difficile il restarne persuasi. (*Ibid.*).

Della Soaria, nuovo antelmintico della tenia; *di* Schimper. — Il nome di Soaria è dato ai semi della *Maesa picta, Hochst*, di Abissinia, ed è preferita al cousso per vincere il verme solitario. Questo rimedio, secondo le esperienze fatte in Abissinia, uccide il verme senza alcun dolore pel paziente, mentre il cousso lo fa evacuare vivo, ciò che riesce di grande molestia e spesso di pericolo ai malati.

La dose maggiore è di 1 1/8 d'oncia; spesso però bastano da 4 a 6 dramme. Non è necessario di osservare, durante l'uso di questo farmaco, alcun particolare regime dietetico, ma solo di far uso di ricca nutrizione, e sopra tutto di forti brodi di carne con pane, farina e gelatina.

L'analisi della Soaria fatta da *F. Apoiger* gli fece conoscere contenere essa le seguenti sostanze: materia cerea, resina molle, olio grasso non siccativo, materia estrattiva, gomma, pettina, albumina, zucchero, materia tannica che colora in verde il ferro, acido lattico, acido citrico, acido tartrico, alcuni acidi volatili (?), olio etereo.

L'etere discioglie . . .	30	per cento	di questo seme
L'alcool	5	»	»
L'acqua fredda . . .	18	»	»
L'acqua calda	8	»	»

Rimane indietro 48 circa per cento di materia fibrosa.

A quale di questi principii debbasi la virtù antelmintica non è deciso. Un estratto etereo, preparato come l'estratto di felce eterea, potrebbe raccomandarsi per le prove cliniche.

All' uso di questa droga medicinale sta però contro finora il forte prezzo di 6 fiorini all'oncia. (*Ibid.* dalle *Notizien aus dem Gebiete der pract. Pharm. August*, 1858).

Formule pel trattamento locale e generale del cancro; *del dott.* Boinet. — L'Autore è di quelli che attendono colla massima perseveranza allo studio dei migliori mezzi di cura di questa terribile affezione. Testimonio di due nuovi fatti, il sig. *Boinet* venne ad offrire alla discussione de' suoi colleghi della Società di Medicina i mezzi di cura adoperati. Ecco il riassunto che termina la sua nuova Memoria:

1.° Preparati jodurati e bromurati; 2.° Idroterapia, abluzioni, doccie, bagni alcalini e di preferenza alli jodo-bromurati; 3.° Purghe blande e ripetute ad ogni 15 giorni, *entrainement*; 4.° Bevande diuretiche, acqua di Vichy (sorgente Lardy), acetato di potassa, acque ferruginose; 5.° Regime nutriente, fortificante, alimentazione jodata; 6.° Abitazione sana, secca, aereata; passeggiate, distrazioni.

Applicazioni locali: 1.° Empiastro fondente:

Pr.	Empiastro de Vigo	16	grammi
	Estr. di Belladonna	4	»
	Estr. di Cicuta	4	»
	Iodio in polv. finissima	1	»

2.° Pomata, mattina e sera, in frizioni per un quarto d'ora e per medicare le ulcere cancerose:

Pr.	Assungia	50	grammi
	Bromuro di Potassio	2	»
	Ioduro di ferro	2	»
	Bromuro liquido	25	centigr.
	Acetato di morfina	15	»

3.° Polvere, applicata sotto una pelle di cigno:

Pr.	Iodio in polvere	50	centigr.
	Bromo	25	»
	Sal ammoniaco	10	grammi
	Cloridrato di morfina	25	centigr.
	Amido in polvere	20	grammi

Finalmente, operazione: prima col bistori, in seguito, se avvi recidiva, coi caustici, preferendo la pasta di *Canquoin* (*Gaz. Hebdom*).

Mistura odontalgica; *del dott.* Cellier. —

Cloruro di zinco	1 grammo
Percloruro di ferro	1 »
Alcool	4 »
Acqua still.	4 »
Cloridr. di morfina	10 centigr.
Essenz. di garofani	1 grammo

Questa mistura si adopera alla dose di alcune goccie sul cotone e calma istantaneamente i più vivi dolori (*Journ. des Conn. Med. et Pharm. N.º* 31 *del* 1858).

Balsamo del *Wahler* contro i geloni. — Ecco la formola di questo balsamo, molto usitato in Germania contro i geloni, la quale fu comperata e pubblicata dal governo del Wurtemberg.

R. Sev. ovil. et axung. porc., ana	unc. xij
Oxyd. ferri	» ij

Si fa bollire il tutto in un vaso di ferro, avendo cura di agitare continuamente sino a che il miscuglio sia diventato nero; allora si aggiunge

Terebenth. venet.	unc. ij
Ol. bergamoth. et boli armen., ana . . .	» j

Il bolarmeno dev' essere previamente stritolato finamente per mezzo dell'olio d'olive. Questo unguento si stende sopra un pannolino, e l' applicazione ne è rinnovata più volte nella giornata; esso è molto efficace contro i geloni e i tumori esulcerati. (*Geneeskundige Courant*, e *Presse méd. Belge*, *N.º* 40 *del* 1858).

Nota sui vantaggi della associazione del cubebe al tannato di ferro; *del sig.* Lechelle, *farmacista a Parigi.* — L'efficacia del cubebe, anzi la sua superiorità, quand'esso è di buona qualità, sul copaive, non sono ormai contestabili. Le osservazioni dei più eminenti sifiliografi, di *Carmichäel* in Inghilterra, di *Ricord* in Francia, hanno tolto ogni dubbio a

questo proposito. È stato riconosciuto dalla generalità dei pratici:

1.° Che il cubebe è più facilmente tollerato a dose eguale del suo *congenere*; che non eccita nè i ritorni, nè le nausee che sieguono quasi inevitabilmente la somministrazione del copaive; che soprattutto non provoca giammai i vomiti e le gastralgie che sono talvolta il risultato di quest'ultimo;

2.° Che l'azione sull'intestino è parimenti quasi nulla pel cubebe, mentre tutti conoscono le diarree e le gravi enteriti che genera l'uso un pò prolungato del copaive;

3.° Che le eruzioni cutanee designate col nome di eruzioni *resinose* sono molto più rare in seguito al cubebe che al copaive;

4.° Finalmente, che se gli effetti del cubebe sono, *in generale*, meno immediati, è incontestabile che sono più durevoli, e che molto spesso è vero il dire con certi pratici che se il copaive *sposta* o *deriva*, il cubebe *guarisce*.

Pure, benchè superiore al copaive, esso lascia ancora a desiderare. Questa imperfezione fa sentire a molti pratici la necessità di associare al cubebe diversi tonici, il cui effetto è di consolidare sempre e di produrre talvolta delle guarigioni, specialmente nei casi i più ribelli. Fra essi il più appropriato è il tannato di ferro, cosicchè l'Autore credette associarlo al cubebe, riducendo contemporaneamente quest'ultimo ad uno stato tale di concentrazione da permettergli di agire energicamente sotto un piccolo volume, relativamente al volume ordinario della polvere del cubebe.

L'Autore racchiuse la combinazione sotto forma di boli del peso di un grammo, contenenti una dose forte del principio attivo. Sei a dodici boli hanno prodotto l'effetto *immediato* che si ottiene comunemente da 30 à 40 grammi di polvere di cubebe; ma l'effetto consecutivo e *durevole* è molto superiore, e risultò curativo fra le mani di un gran numero di pratici distinti, allorchè il copaive e il cubebe, da soli, avevano fallito. (*Moniteur des Hopitaux*).

Cura semplice, pronta e non dolorosa dell'idartrosi; *del dott.* Richard. — L'Autore praticò per molti

anni in una fabbrica di specchi nella quale molti operai, che lavorano all'umido, mal coperti, esposti a correnti d'aria, colle vesti imbevute d'acqua, specialmente ai ginocchi, erano di frequenti soggetti ad idartrosi delle ginocchia e d'altre articolazioni. Fra tutti i metodi adoperati, ciò che meglio gli riescì, si fu il seguente:

Frizionare mattina e sera l'articolazione affetta con una flanella impregnata di fumo di bacche di ginepro, gettate sulla bragia; dopo questa fregagione eseguirvi embrocazioni prolungate, con un piccolo tampone fatto con un pò di cotone racchiuso in un pezzetto di mussolina, imbevuto nel seguente linimento:

Gomma ammoniaca . . . . 30 grammi
Aceto scillitico . . . . q. b.

perchè il miscuglio abbia la consistenza siropposa; in seguito ricoprir questa parte con un empiastro così composto:

Gomma ammoniaca . . . . 30 grammi
Aceto scillitico . . . . q. b.

per dare al miscuglio la consistenza d'empiastro, che si stende sopra un pezzetto di pelle abbastanza largo per coprire ad abbondanza il tumore. Spesso il dolore che accompagna questa affezione cessa cinque o sei giorni dopo la prima applicazione; il riassorbimento del liquido effuso nella cavità articolare si compie tutti i giorni in un modo sensibile; i movimenti diventano sempre più liberi, e il tumore non tarda a scomparire completamente. Pure gioverà portare l'empiastro ancor 15 giorni dopo la scomparsa di tutti questi fenomeni, e quindi sostituirgli una fascia di flanella lunga un metro e larga sei centimetri, ravvolta attorno alla articolazione, con una lieve compressione. (*Abeille méd.*, *N.*° 46 *del* 1858).

Due casi di tigna favosa, guariti completamente e speditamente; *del dott.* Fr. Astori. — Nella prima parte del presente fascicolo trovasi inserita fra le Memorie originali la relazione della Commissione incaricata di sperimentare il metodo proposto dal prof. *Pignacca* per la cura dei tignosi nell'Ospedale Maggiore di Milano. I risultati della Commisione, se si eccettui il metodo di estirpazione dei capelli colle pinzette, sostituito al berretto depilatorio, non apparvero gran fatto favore-

voli alla terapia messa innanzi dall'illustre professore. Vuole giustizia però che in questo giornale si registrino non solo i casi riesciti a male, ma quelli eziandio favoriti d'esito migliore fra le mani d'altri sperimentatori. Perciò ripubblichiamo la relazione del sig. dott. *Francesco Astori* di Besana, diretta al prof. *Pignacca* sino dal 23 luglio p.° p.° ed inserita nella « Gazzetta medica italiana, Lombardia ». N.° 34 del 1858.

Illustre Maestro. — Sapendo io quanto a lei riescano graditi i conati diretti ad impossessarsi della parte immediatamente utile della scienza nostra, mi permetto riferirle in poche parole la storia di due casi di *tigna grave*, da me felicemente condotti a guarigione perfetta nella spazio di tre mesi col metodo da lei sagacissimamente preconizzato.

Quando col N.° 52 del passato anno 1857 comparve sulla nostra *Gazzetta medica* la di lei pregiatissima lettera al chiarissimo dottor *Andrea Verga*, io teneva per lo appunto sott' occhio i fratelli Angelo e Giov. Battista Viganò, contadini di Cazzano, il primo di anni diciassette, il seeondo di dodici; ambedue affetti da *tigna favosa*; *grave* soltanto perchè estesa a tutto il capo con rimanenza di pochi capelli infraciditi alle tempia, conservandosi in buono stato e compiendosi regolarmente le funzioni dei visceri interni, ad onta che la malattia datasse da due anni.

Pienamente convinto della razionalità dei mezzi terapeutici da lei proposti, come lo sarà chiunque avrà frequentate le di lei chiarissime e succose lezioni cliniche, chiesi alla Deputazione comunale di Cazzano la dichiarazione di sottoporsi alla spesa che potrebbero importare i medicinali da adoperarsi, la quale accordata, mi accinsi alla cura il giorno 4 gennajo 1858.

La prima operazione consistendo nel far cadere le croste, feci applicare ad ambedue li ammalati un cataplasma di semi di lino la sera del giorno 4 gennajo suddetto, che levai con la crosta favosa il giorno susseguente. Quindi feci lavare accuratamente con acqua e sapone e radere il cuojo capelluto. Preparata poscia una soluzione di gr. 12 di sublimato corrosivo in una pinta di acqua distillata (4 libbre), prescrissi che per otto giorni mattino e sera si lavasse con diligenza il capo ai pazienti. A tal' epoca erano i capelli cresciuti di qualche linea in modo da poter essere presi con la pinzetta, per cui ne feci praticare l' avulsione dalla loro

madre istessa, donna assai intelligente, con la pinzetta che ordinariamente si adopera per estirpare le ciglia; ottenendo così nello spazio di due giorni una completa depilazione di ambedue i tignosi, senza che gli ammalati dessero segno alcuno di dolore. Fino al giorno 22 gennajo si ripeteva la lozione al capo con la soluzione di sublimato corrosivo, senza destare irritazione alcuna alla parte, per cui credetti trascurare senza pericolo di inconveniente le unzioni con la sugna, e feci seguire invece tosto l'unguento di acetato di rame nella proporzione da lei prescritta, ungendone il capo mattina e sera e lavandolo tutti i giorni con acqua e sapone, fino al giorno 15 febbrajo, in cui i capelli erano cresciuti di almeno quattro linee; ma sembrandomi deboli e lanuginosi, ordinai tosto una nuova depilazione, aumentai la dose del sublimato a 6 grani per ogni libbra di acqua, come pure portai a 20 grani per ogni oncia di sugna la dose dell'acetato di rame; destando così anche una leggiera irritazione a tutto il cuojo capelluto, la quale fu però tosto assopita dalle applicazioni di sugna. — Verso la fine del mese di marzo conservandosi la salute generale buona, ebbi la soddisfazione di vedere quei due ragazzi, altieri di aver ricuperati i capegli folti, robusti e del loro naturale colore, per cui credo esservi luogo a sperare che la malattia non si riprodurrà, contando che anche la cura dietetica, come lo raccomanda l'*Alibert*, venne scrupolosamente osservata in tutto il tempo che durava la cura locale.

Il metodo adunque da lei proposto, oltre all'essere commendabile per tutti i motivi da lei accennati, riesce utilissimo anche dal lato economico ed alla portata dei medici condotti, cagionando loro poca perdita di tempo, perchè le varie operazioni ponno essere fatte da qualche persona intelligente, alla quale si abbia preventivamente spiegato il modo di operare.

Il lato economico risulta chiarissimo, qualora si consideri che la tenuissima somma di aL. 4. 54 bastava a provvedere i rimedii necessari a condurre a termine la cura. Il che paragonato alla spesa che importa al comune la cura di un tignoso allo spedale, si vede quale felice sproporzione ne risulti.

Spero, signor professore, che ella vorrà compatire alla povertà dei concetti di questo articolo, e la prego di voler credere che nello stenderlo non altro ho avuto di mira che di rivolgere

l'attenzione dei miei colleghi ad un processo terapeutico che riunisce in sè stesso l'umanità, l'efficacia e la semplicità.

Cura della psoriasi per mezzo del copaibe; *del sig.* Paolo Dupuy. — Si conosce da assai tempo che il balsamo del copaibe dispiega un'azione efficace ed elettiva sulle membrane mucose e sulla cute, che richiamò di proposito l'attenzione de' medici, e più specialmente dei chirurghi, i quali ne fecero tosto le più utili applicazioni. Io non starò a dire con ordine storico tutti gli usi del copaibe in medicina, e quanto egli si dimostrasse proficuo contro i mali catarrali delle vie respiratorie, e più che altro nel catarro della vescica: dacchè tutte queste qualità terapeutiche sono forse conosciute da chicchessia, e si trovano a lungo dichiarate nelle opere più pregevoli, che hanno appunto per soggetto di trattare della virtù de' mendicamenti; ma quel che è nuovo affatto, e s'ignora per avventura dai più, sono i primi tentativi, che per mezzo di esso si fanno oggidì nella cura delle malattie sordide della pelle; e però di questi darò conto ai nostri lettori via via che i risultamenti ottenutine si renderanno pubblici per le stampe. Intanto dirò delle osservazioni del sig. *Hardy*, raccolte dal sig. *Paolo Dupuy*, e pubblicate dal sig. *Bouchardat*; imperocchè da queste si ricava già una qualche presunzione in favore della virtù del copaibe a curare con buon successo la psoriasi.

Suole il sig. *Hardy* somministrare il balsamo del copaibe agl'infermi di psoriasi alla dose in principio di 2 grammi, accrescendola in appresso fino a 3 ed anche a 5 grammi. Ei dà questo rimedio la mattina a digiuno, e fra un pasto e l'altro, e dura a somministrarlo per più e men tempo, talora per un mese, e tal'altra assai più e fino per tre mesi, giusta la durata della malattia, ch'ei si propone di curar più specialmente con siffatta medicina. Ei lo somministra solo, confidandogliene interamente la cura, o insieme ai mezzi topici soliti ad usarsi in questa infermità, o dopo aver adoperato la soluzione arsenicale. Procedendo a medicare in cotal guisa gl'infermi di psoriasi, gli venne fatto d'osservare i seguenti cambiamenti nello stato della pelle. Una volta soltanto ei vide cambiare il colore delle squamme, le quali per lo più si staccano, e lasciano ordinariamente scorgere la cute sottoposta sana, e talvolta un pocolino rossa; e solamente in un caso videle cadere, nel tempo

che appariva già una parziale vitiliggine. Sotto l'uso di questo medicamento la psoriasi in piastre si dispone a cerchio, cominciandone la guarigione dal centro di quelle, e infine, restringendosi ognora più la malattia, prende quasi la forma *guttata*. Il miglioramento della detta eruzione suole inoltre procedere dai membri inferiori ai superiori, e generalmente manifestarsi dapprima nelle parti più leggermente malate, per estendersi dopo a quelle che ne sono più malconce: procedimento questo, a detta dell'Autore, al tutto inverso da quello che si suole comunemente osservare nelle efflorescenze crôniche della cute, che si mostrano già in via di guarigione. Nel terzo circa dei casi curati col copaibe sopravvenne la diarrea, che fu sopportata dai pazienti senza alcun incomodo, e solo una volta l'eritema, solito ad originarsi per l'uso largo e continuato del copaibe, come d'altre sostanze balsamico-resinose.

Da tutte le osservazioni raccolte fin qui ei parve all'Autore di poterne ricavare queste prime conclusioni, cioè:

1.° Il balsamo del copaibe addimostrarsi nella cura della psoriasi d'efficacia maggiore di tutti gli espedienti curativi topici fino ad ora adoperati, e degli stessi arsenicali, almeno per rispetto alla locale eruzione.

2.° Rimanere tuttavia a determinarsi la sua azione salutifera contro la occulta diatesi che all'eruzione medesima dà nascimento.

3.° Doversi per ordinario adoperare insieme al copaibe i rimedii topici, ma non sempre occorre quest'aiuto.

4.° Mostrarsi talora la psoriasi al tutto ribelle così al copaibe, come a tutti gli altri noti espedienti di cura.

5.° La recidiva aver luogo anche dopo la guarigione ottenuta col mezzo del balsamo del copaibe.

6.° Infine il copaibe guarire la psoriasi non per la legge de' simili, nè per un'azione irritante sostitutiva o derivativa, ma sibbene per una virtù affatto specifica.

Questi primi tentativi di cura saranno da' buoni clinici accolti con favore, dappoichè la psoriasi resistendo non poche volte a quegli stessi compensi terapeutici, che più salirono in fama di meglio combatterla, come, a cagion d'esempio, al bagno a vapore, al catrame, all'olio empireumatico di ginepro e agli arsenicali medesimi, non sarà mai troppo il numero dei rimedii usati contro di essa; tanto più che interviene talora che l'eruzione man-

tenutasi ribelle ad uno di essi, ceda poi all' uso d' un altro, o di più d'uno somministrati insieme, o in tempi diversi, come realmente accadde d' osservare eziandio al sig. *Hardy*, il quale porgeva non di rado con buon successo il balsamo del copaibe ai suoi malati di psoriasi, giusto appunto quando la soluzione arsenicale non gli aveva arrecato che piccola o niuna utilità. D' altra parte il balsamo del copaibe è di facile propinazione, e non apporta alcun nocumento di rilievo all'economia animale; laddove gli arsenicali, che, per sentenza di *Devergie*, sono i più efficaci rimedii delle eruzioni squammose, non sempre e da tutti si tollerano, e dall' uso continuato di essi prorompono di leggieri non solamente gravi sconcerti gastro-enterici, ma turbamenti pur cospicui di respiro, e non di rado avviene ne' pazienti l'emaciazione, e lo scadimento delle forze, e perfino la paralisi stessa. Il perchè non potrebbersi raccomandare abbastanza le cautele debite per l' uso di essi, che come tutti gli ossidi e sali metallici operano spogliando le parti fluide e solide dei corpi animali delle loro attitudini organico-vitali, conducendo, al dire di *Liebig*, la materia organica in combinazioni fisse, e però non più suscettibile di soggiacere a nuovi cambiamenti, e a sostenere ulteriormente le prerogative della vita. Ognuno vede adunque di quanta utilità potrebbe tornare il balsamo del copaibe, ove nella cura della psoriasi potesse d' ora in avanti sostituire la soluzione d' arsenico, grandemente pericolosa agl' infermi, o il bagno a vapore, di difficile uso e costoso, o il catrame e l' olio di ginepro, più o meno disgustoso per il loro forte e penetrante odore, e ad un tempo molto dispendioso per il lacero soverchio delle biancherie. Le osservazioni del sig. *Hardy* debbonsi però ripetere con maggior diligenza, e sopratutto non si vuol perder di vista i malati suddetti guariti per mezzo del copaibe, onde venga in chiaro quanta facilità rimanga in essi alle recidive, le quali sappiamo succedere bene spesso in coloro che sono assoggettati a qualsivoglia altro espediente terapeutico. (*Lo Sperimentale*).

Soluzione conservatrice per preparazioni microscopiche e per altri usi; *del prof.* F. Pacini. — Questa soluzione può servire generalmente per quasi tutti i tessuti normali e patologici, purchè ridotti sufficientemente sottili, ed

anche per gli animaletti infusorii. Eccone la composizione: bicloruro di mercurio 1 p., cloruro di sodio puro (e non di jodio come per errore fu stampato in diversi giornali esteri) 2, glicerina a 25° *Baum.* 13, acqua distillata 113. — Questa soluzione si può adoperare dopo qualche giorno, ma è meglio lasciarla riposare per due mesi; prima d'adoperarla bisogna aggiungere ad una parte di soluzione 3 di acqua distillata e filtrare per carta emporetica. (*Il Tempo, vol. II.* 1858).

Concorso per Premii.

Premii proposti dell' Accademia di medicina di Parigi per l' anno 1859.

Premio dell' Accademia. — Dell' azione terapeutica del percloruro di ferro. — Formolando tale questione, l' Accademia si è proposta di chiamare l' attenzione dei concorrenti: 1.° *sull' azione locale o diretta* del percloruro di ferro, sia alla superficie delle piaghe e delle membrane mucose, sia nel trattamento delle malattie dell' apparato circolatorio, quali gli *aneurismi*, le *varici*, i *tumori erettili*, ecc. ecc. 2.° *Sull' azione generale o indiretta* di questo rimedio nel trattamento di certe piressie, delle diatesi emorragiche, ecc. ecc. — Valore, 1000 fr.

Premio fondato dal barone Portal. — Anatomia patologica degli strozzamenti interni, e conseguenze pratiche che ne emergono, cioè studio comparativo delle diverse specie di alterazioni anatomiche (eccettuate le ernie) che mettono ostacolo al corso delle materie stercoracee, sintomi e segni che permettono di differenziarle e di applicare a ciascuna l' opportuno rimedio. — Valore, 1000 fr.

Premio fondato dal dott. Capuron. — Della retroversione dell' utero durante la gravidanza. — Valore, 1000 fr.

Premio fondato da Madama Bernard de Civrieux. — Delle affezioni nervose dovute ad una diatesi sifilitica. — Valore, 1500 fr.

Premio fondato dal barone Barbier. — Questo premio è annuale, e si deve dare a chi scoprirà mezzi completi di guarigione per delle malattie riconosciute il più spesso incurabili sino al presente, come l' idrofobia, il cancro, ecc. Degli incoraggiamenti ponno essere accordati a quelli che si saranno avvicinati allo scopo del premio. — Valore, 2500 fr.

Premio di chirurgia sperimentale fondato dal dott. Amussat. — Esso verrà accordato all'autore del lavoro o delle ricerche basate simultaneamente sull'anatomia e sulle sperimentazioni che avranno realizzato o preparato il progresso il più importante nella terapeutica chirurgia. Non saranno ammessi al concorso per il premio di chirurgia sperimentale i lavori che avranno anteriormente ottenuto premio o ricompensa, sia ad un concorso dell'Accademia imperiale di medicina, sia ad un concorso dell'Accademia delle scienze dell'Istituto. — Il premio è di 1000 fr.

Premii proposti pel 1860.

Premio della Accademia. — Quali sono i mezzi di evitare gli accidenti che possono indurre l'uso dell'etere e del cloroformio; quali sono i mezzi di rimediare a questi accidenti. — Valore, 1000 fr.

Premio Portal. — Delle ostruzioni vascolari del sistema circolatorio del polmone, e applicazioni pratiche che ne derivano; cioè studiare mediante osservazioni positive le diverse specie di concrezioni sanguigne, che possono ostruire la circolazione polmonare, apprezzarne le cause, gli effetti immediati e le conseguenze ulteriori; ricercare il meccanismo della guarigione di questi stati morbosi, determinare i segni che permettono di riconoscerli, e indicare il trattamento ch'essi reclamano. — Valore 600 fr.

Premio Civrieux. — Apprezzare l'influenza della cloro-anemia sulla sovraeccitazione nervosa, sotto il doppio rapporto della diagnosi e della cura. — All'art.° Diagnosi i concorrenti dovranno insistere sui casi in cui la sovraeccitazione nervosa è stata presa per una affezione organica acuta o cronica delle parti nelle quali tale sovraeccitazione aveva sede. — Valore, 2000 fr.

Premio Capuron. — 1.° Questioni relative all'arte ostetrica. — Delle paralisi puerperali. — Questo premio sarà di 1000 fr. — 2.° Questione relativa alle acque minerali. — Determinare, mediante l'osservazione medica, l'azione fisiologica e terapeutica delle acque solfuree naturali; precisare gli stati patologici nei quali tale sorgente debb'essere preferita a tal'altra. — Valore, 1000 fr.

Premio Barbier (ved. sopra). — Esso è di 2000 fr.

Premio Lefèvre. — Del diagnostico e del trattamento della me-

lanconia. — L'Accademia desidera che i concorrenti considerino la questione sotto il solo punto di vista medico, e si appoggino ad osservazioni cliniche. — Il premio, che è triennale, sarà di 1500 fr.

Premio Orfila. — Questo premio, che non potrà mai essere *diviso*, questa volta avrà per tema la seguente questione: — Ricerche sui funghi velenosi sotto il punto di vista chimico, fisiologico, patologico, e specialmente tossicologico. — L'Accademia desidera che i concorrenti studiino bene: 1.° i caratteri generali pratici dei funghi velenosi, e quelli specialmente riconoscibili dal volgo: l'influenza del clima, dell'esposizione, del suolo, della cultura e dell'epoca dell'anno, sia sul danno di questi funghi, sia sulle qualità dei funghi commestibili; 2.° la possibilità di togliere ai funghi i principii velenosi, o di neutralizzarli, e ciò che succede in questa operazione; 3.° l'azione dei funghi velenosi sui nostri organi, i mezzi di prevenirli, e i rimedii da opporre loro; 4.° le indicazioni consecutive a tali ricerche e giovevoli alla tossicologia nei casi di avvelenamento. — Questo premio sarà di 2000 fr.

Le Memorie per i premii del 1859 devono essere spedite all'Accademia prima del 1.° marzo, scritte in francese o latino, e conservando le forme accademiche.

Rettificazioni.

I signori dottori *Kolisch*, *Reiner* e *Fromer*, già medici assistenti nella Divisione del prof. *Sigmund* nell'Ospitale generale di Vienna, c'inviano la seguente dichiarazione, alla quale noi facciamo susseguire pur questa volta le spiegazioni dei signori dottori *Sella* e *De Maria*. I lettori imparziali potranno così pronunciare il loro definitivo giudizio sovra tale spiacevole vertenza, nella quale, certo, la fede e l'onore dei nostri connazionali, non vengono a subire verun detrimento. Ritenendoci ora bastantemente edificati, dichiariamo esaurita la controversia, alla quale per eccesso d'imparzialità abbiamo aperto le porte, comecchè debba riferirsi ad un'epoca in cui eravamo stranieri alla redazione del Giornale. Dott. *R. Griffini.*

Vienna, 29 novembre 1858.

Negli « Annali universali di medicina », compilati dal dottore *R. Griffini*, a Milano, pag. 667 del vol. CLXV, si legge che *va-*

rii medici dell' Ospedale di Vienna ed il dott. Kolisch fecero vedere nel 1853 ai sigg. *Sella* e *De Maria* di Torino molti sifilizzati del sig. prof. *Sigmund*. Ad onore del vero noi dobbiamo rispondere loro che (una o due) inoculazioni fatte da tutti i pratici per istudio diagnostico, non costituirono mai la sifilizzazione e che perciò eglino non hanno osservato nell'Ospedale di Vienna alcun individuo sifilizzato ed in via di sifilizzazione. Quindi è affatto erroneo quanto a questo proposito pubblicavano nel 1854 ed in questo anno.

Dott. *Kolisch*, medico pratico di Vienna e medico assistente nell'Ospedale di Vienna nella divisione del prof. *Sigmund* nell'anno 1853.

Dott. *Reiner*, medico assistente in quel tempo nell'Ospedale di Vienna, nella divisione del prof. *Sigmund*.

Dott. *Fromer*, medico pratico di Vienna, medico assistente primario in quel tempo nell'Ospedale di Vienna, nella divisione del sig. prof. *Sigmund*.

Torino, 31 dicembre 1858.

Poche parole crediamo sufficienti per mettere in grado i lettori di questi Annali di far giusta stima della presente dichiarazione. Anzitutto notiamo che questi onorevoli medici di Vienna ammettono: essersi fatte nella divisione del prof. *Sigmund* del grande Ospedale di Vienna *una o due inoculazioni* in pochi (e non in molti come erroneamente ci fanno dire) infermi di sifilide, giusta quanto abbiamo raccontato.

Senza entrare nella questione, se negli ammalati presentatici dal *Kolisch*, quando lo interrogavamo se nell'ospedale vi fossero sifilizzati, l'innesto sia stato tentato a scopo diagnostico, ed in tal caso se ciò si poteva e si doveva praticare, domanderemo come mai li signori *Kolisch*, *Reiner* e *Fromer* possono affermare: *non essersi mai tentata la sifilizzazione nella divisione del prof. Sigmund*, quando dallo stesso *Sigmund* fu annunziata al suo amico sig. *Sperino: essere suo intendimento d'instituire esperimenti di sifilizzazione nel grande Ospedale Celtico d'ambi i sessi da lui diretto* (1); e quindi più tardi dallo stesso *Sigmund* venne dato formale avviso della praticata sifilizzazione nello stesso Ospedale in una lettera diretta al sig. *Sperino*? Ed ecco quanto pubblicava su questo riguardo il sifilizzatore piemontese, varj mesi dopo il nostro ritorno dal viaggio d'Allemagna. *Nel successivo aprile mentre io era rattristato dal rapporto fatto alla nostra Ac-*

---

(1) V. La sifilizzazione studiata qual preservativo nelle malattie veneree di *Cas. Sperino*, Torino 1853. Prefazione.

demia, e dagli articoli stampati nel Moniteur des Hôpitaux provenienti da Torino, il sig. Sigmund, professore di clinica delle malattie veneree nell'Università di Vienna, e godente un'alta riputazione in sifilografia, mi scrisse aver letto attentamente il mio libro, averlo rinvenuto conscienzioso ed atto a dimostrare che la sifilizzazione è degna d'essere studiata, ed aver già ottenuto (noti il lettore) *nel suo sifilicomio alcuni successi favorevoli da questo nuovo metodo curativo. Non posso riferire le parole precise, con cui il Sigmund mi scrisse a lungo su questa materia, perchè appena ricevuta la lettera di questo clinico distinto, io ebbi a trasmetterla al sig. Ministro degl'interni, affinchè potesse apprezzare il giudizio d'una persona così autorevole* (1).

Con documenti di questa fatta crediamo inutili ulteriori spiegazioni, e lasciamo all'imparziale lettore il portare giudizio fra le affermazioni nostre e le interpretazioni dei medici di Vienna.

Prof. *De Maria Carlo.*
Med. *Sella Alessandro.*

Errata Corrige del Vol. 165.

Pag.		lin.			
Pag. 537	lin.	4	certamente	*leggasi*	costantemente
» 540	»	30	natura		lesione
» 541	»	3.ª *della* 1.ª *nota*	nei reni		nei polmoni
» 565	»	15	Polingenesia		palingenesia
» 568	»	22	che non		che
» 575	»	23	fatto		tutto
» 588	»	10	*Bossi*		*Bosi*
» 598	»	30	si		di
» 599	»	8	connettivi		correttivi
» 601	»	36	angiotonismo		angiotenismo
» 602	»	30	concettivo		concottivo
» 605	»	7	ateromorfe		eteromorfe
» 608	»	35	*Giuseppe Pietro*		*Giuseppe* e *Pietro*
» 622	»	8	*Lucioni*		*Luciani*
» 628	»	35, 36, 37	dal		del
» 630	»	30	volubile		volatile
» ivi	»	35	ed un		ad un
» ivi	»	37	e l'agente		all'agente
» 631	»	34	Babele un		Babele! È un
» 632	»	29	immistione		immissione
» 634	»	13	ragioni		cagioni
» 640	»	14	incitazione		imitazione
» ivi	»	28	concedit		comedit

(1) La sifilizzazione difesa, ossia risposta di *Cas. Sperino* al prof. *Freschi*. Torino 1853, pag. 45.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO VOLUME.

§ 1. Memorie ed Osservazioni originali.

§ 2. Analisi di Opere, Dissertazioni, Atti di Accademie, ecc.

FINE DEL VOLUME CLXVI.

Fig.ª VIII.

Fig.ª IX.

D.r R. Gritti ad nat. del. Milano, Litograf.ª Bertotti

Fig.ª X.

Fig.ª XI.

D.r R. Gritti ad nat. del.

Milano, Litograf.ª Bertotti

Fig.ª XII.

Fig.ª XIII.

D.r R. Gritti, ad nat. del. Milano, Litograf.ª Bertotti

Fig.ª XIV.

Fig.ª XV.

Dr. B. Gritti ad nat. del. Milano. Litografª. Bertotti